

TESIS DE DOCTORADO

**PERCEPCIÓN DEL ESTRÉS,  
AFRONTAMIENTO Y AJUSTE  
PSICOLÓGICO EN DESPLIEGUES  
MILITARES.**

Fernando José Rodríguez Alonso

ESCUELA DE DOCTORADO INTERNACIONAL

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DEL TRABAJO Y LAS  
ORGANIZACIONES, JURÍDICA-FORENSE Y DEL CONSUMIDOR Y USUARIO

SANTIAGO DE COMPOSTELA

2018



## DECLARACIÓN DEL AUTOR DE LA TESIS

### Percepción del estrés, afrontamiento y ajuste psicológico en despliegues militares.

D. Fernando José Rodríguez Alonso

*Presento mi tesis, siguiendo el procedimiento adecuado al Reglamento, y declaro que:*

- 1) *La tesis abarca los resultados de la elaboración de mi trabajo.*
- 2) *En su caso, en la tesis se hace referencia a las colaboraciones que tuvo este trabajo.*
- 3) *La tesis es la versión definitiva presentada para su defensa y coincide con la versión enviada en formato electrónico.*
- 4) *Confirmando que la tesis no incurre en ningún tipo de plagio de otros autores ni de trabajos presentados por mí para la obtención de otros títulos.*

*En Madrid, 14 de abril de 2018*

Fdo. Fernando José Rodríguez Alonso



## AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS

**Percepción del estrés, afrontamiento y ajuste psicológico en despliegues militares**

D. Ramón Arce Fernández

INFORMA:

*Que la presente tesis, corresponde con el trabajo realizado por D/Dña. **Fernando José Rodríguez Alonso**, bajo mi dirección, y autorizo su presentación, considerando que reúne los requisitos exigidos en el Reglamento de Estudios de Doctorado de la USC, y que como director de ésta no incurre en las causas de abstención establecidas en Ley 40/2015.*

*En Santiago de Compostela, 16 de abril de 2018*

Fdo.: Ramón Arce Fernández

## **Agradecimientos**

En primer lugar quiero mostrar mi agradecimiento a mi director de tesis, Ramón Arce, por su interés en este proyecto. Ramón, muchas gracias por poner tu tiempo y tu conocimiento a disposición de esta investigación. He aprendido mucho trabajando contigo durante estos años.

A la Dra. Dolores Seijo. Loli, muchas gracias por tu apoyo durante la elaboración de esta tesis doctoral.

A todos los miembros de las Fuerzas Armadas españolas que con su ejemplo de esfuerzo y dedicación hacen que cada día me sienta orgulloso de mi profesión. En especial, a todos los miembros del Ejército de Tierra que arriesgan su vida en lejanos países por el bien de todos los españoles. A ellos, y sus familias, mi más sincero agradecimiento y reconocimiento.

A mis compañeros de la Sección de Psicología de la Dirección de Sanidad del Ejército de Tierra. Por vuestra amistad, compañerismo y profesionalidad.

A Victoria, por apoyarme, comprenderme y ayudarme en las situaciones más difíciles; y por disfrutar y compartir conmigo las más felices.

A mis padres, por serlo todo.



## Resumen

**Introducción:** Los despliegues militares son una de las experiencias profesionales más exigentes a las que se puede enfrentar un militar. Se diseñó un estudio con el objeto de analizar la evolución del estrés percibido y de sintomatología asociada a la salud mental a una muestra de militares españoles desplegados durante un periodo de seis meses en Afganistán.

**Material y métodos:** Para ello se realizó un diseño prospectivo en el que 935 militares respondieron al CEP y a la prueba SCL-90R en tres momentos temporales del despliegue (primer mes, tercer mes y último mes).

**Resultados:** Los resultados muestran un aumento del estrés percibido a la llegada a zona de operaciones que se mantiene estable a lo largo del despliegue. Respecto a la salud mental, se produce un aumento de todos los marcadores de salud mental que se reduce al final de la misión salvo en los casos de Hostilidad y Somatización. Respecto a la relación entre estrés percibido y ajuste psicológico, se encontró que los sujetos que perciben un mayor estrés durante el despliegue desarrollaron un malestar psicológico generalizado en todos los marcadores generales y específicos. En relación con el afrontamiento las estrategias más utilizadas por los militares son el reencuadre positivo y la resolución de problemas realizando un uso muy esporádico de estrategias desadaptativas.

**Conclusiones:** Atendiendo a los resultados podemos concluir que la población militar tiene una percepción subjetiva del estrés significativamente inferior a la población general. El participar en una misión internacional conlleva un aumento del estrés percibido, permaneciendo este constante durante todo el despliegue. El nivel de estrés percibido está asociado a un mayor malestar psicológico.



## **Abstract**

**Introduction:** Military deployments are one of the most demanding tasks for soldiers. A prospective study was designed in order to analyze the evolution of perceived stress and mental health in a sample of Spanish soldiers deployed in Afghanistan.

**Material and method:** 935 soldiers answered the Spanish version of Perceived Stress Questionnaire and the SCL-90R in three different moments of the deployment (the first month, third month and last month).

**Results:** Results show a steady increased perceived stress during deployment. Regarding to mental health, deployment increases all general distress symptoms. Distress reactions increased over time during the first half of deployment and peaked at around month 3, and then gradually returned to their initial levels by month 6, with the exception of hostility and somatization scales. Increases in war zone perceived stress over time were associated with increases in general distress symptoms. The Spanish soldiers use more frequently the coping strategies of positive reappraisal and problem resolution. They not use very often maladaptative coping strategies.

**Conclusions:** According to the results, we conclude that the military population has a significantly lower perception of stress than general population. Participating in an international mission increases perceived stress, remaining constant throughout a six-month deployment. High levels of perceived stress are associated with increased psychological distress.



## Resumo

**Introducción:** Os despregamentos militares son unha das experiencias profesionais máis exixentes ás que se pode enfrontar un militar profesional. Diseñouse un estudo co obxecto de analizar a evolución da tensión percibida e da sintomatoloxía asociada á saúde mental nunha mostra de militares españois despregados durante un período de seis meses en Afganistán.

**Material e métodos:** Para conseguir o obxectivo anterior realizouse un deseño prospectivo no que 935 militares responderon ao CEP e á proba SCL-90R en tres momentos temporais do despregamento (primeiro mes, terceiro mes e último mes).

**Resultados:** Os resultados mostran un aumento da tensión percibida á chegada a zona de operacións que se mantén estable ao longo do despregamento. Respecto da saúde mental prodúcese un aumento de todos os marcadores de axuste psicolóxico que se reduce ao final da misión salvo nos casos de Hostilidade e Somatización. Respecto da relación entre tensión percibida e saúde mental, atopouse que os suxeitos que perciben unha maior tensión durante o despregamento desenvolveron un malestar psicolóxico xeneralizado en todos os marcadores xerais e específicos. En relación ao enfrontamento, as estratexias máis empregadas polos militares foron a remodelación positiva e a resolución de problemas, o uso de estratexias desadaptativas foi moi esporádico.

**Conclusiones:** Atendendo aos resultados podemos concluír que a poboación militar ten unha percepción subxectiva da tensión significativamente inferior á poboación xeral. Ó participar nunha misión internacional leva un aumento da tensión percibida, permanecendo este constante durante todo o despregamento. O nivel de tensión percibida está asociado a un maior malestar psicolóxico





<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>13</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO 1. BREVE HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA MILITAR</b>	<b>21</b>
<b>CAPITULO 2: EL ESTRÉS.</b>	<b>41</b>
2.1 CONCEPTO DE ESTRÉS	41
2.2 FUENTES GENERADORAS DE ESTRÉS	43
2.3 RESPUESTA DE ESTRÉS	47
2.4 PSICOBIOLOGÍA DEL ESTRÉS	51
2.5 MODELOS EXPLICATIVOS	53
2.5.1 EL SISTEMA DE ADAPTACIÓN GLOBAL DE SELYE (1956)	53
2.5.2 EL MODELO TRANSACCIONAL DE LAZARUS Y FOLKMAN (1984)	56
2.6 CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS.	57
2.6.1 ESTRÉS Y SISTEMA INMUNE	59
2.6.2 ESTRÉS Y SISTEMA CARDIOVASCULAR	62
2.6.3 ESTRÉS Y DESEMPEÑO LABORAL	64
<b>CAPÍTULO 3. PSICOLOGÍA DE LOS DESPLIEGUES MILITARES.</b>	<b>95</b>
3.1 ESTRESORES ASOCIADOS A LOS DESPLIEGUES MILITARES	95
3.2 ESTRESORES ASOCIADOS AL DESPLIEGUE	99
3.3 ESTUDIOS EN EL EJÉRCITO ESPAÑOL	113
3.4 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MISIONES INTERNACIONALES DEL EJÉRCITO DE TIERRA ESPAÑOL.	116
3.5 LA MISIÓN ESPAÑOLA EN AFGANISTÁN	124
<b>III. ESTUDIO EMPÍRICO</b>	<b>129</b>
<b>1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO</b>	<b>131</b>
<b>2. MÉTODO</b>	<b>133</b>
2.1 PARTICIPANTES	133
2.2. PROCEDIMIENTO Y DISEÑO	138
2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	140
2.4. ANÁLISIS DE DATOS	149

<b>3. RESULTADOS</b>	<b>151</b>
3.1 EVOLUCIÓN DEL ESTRÉS PERCIBIDO	151
3.2 EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA CON EL AJUSTE PSICOLÓGICO	153
3.3 ESTRÉS PERCIBIDO Y AJUSTE PSICOLÓGICO	160
3.4 ESTRÉS PERCIBIDO Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES DE INTERÉS	163
3.5 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	166
3.6 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ESTRÉS PERCIBIDO	171
3.7 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y AJUSTE PSICOLÓGICO	173
3.8. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES DE INTERÉS	176
<b>4.DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>179</b>
4.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	179
4.2 IMPLICACIONES DEL DESPLIEGUE MILITAR EN EL ESTRÉS PERCIBIDO.	180
4.3 IMPLICACIONES DE LA PERCEPCIÓN DE ESTRÉS SOBRE EL AJUSTE PSICOLÓGICO.	182
4.4 IMPLICACIONES DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL ESTRÉS PERCIBIDO Y EL AJUSTE PSICOLÓGICO	183
4.5 IMPLICACIONES DE LAS VARIABLES PERSONALES Y CONTEXTUALES EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EN LA PERCEPCIÓN DEL ESTRÉS.	186
4.6 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	188
<b>REFERENCIAS</b>	<b>191</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>229</b>

## **I. INTRODUCCIÓN**



FERNANDO J. RODRÍGUEZ ALONSO



Desde que el hombre es hombre la guerra ha estado presente y muy ligada a su existencia. Cualquier análisis histórico de una época elegida al azar revelará la importancia crucial de alguna batalla en algún rincón del mundo. Es cierto que vivimos en una sociedad que condena la guerra, la ve como algo arcaico, pero, sin embargo, sigue presente en nuestros días.

La guerra saca lo peor de la raza humana pero también ha sido un motor importante para avances en múltiples campos científicos, entre los que por supuesto se encuentra la psicología. Debemos señalar que los Estados en los que vivimos, sus instituciones y hasta sus leyes son fruto de guerras pasadas. En España esto está muy presente, ya que la última guerra que hemos vivido (al menos en primera persona) fue hace no demasiadas décadas.

Como ya hemos destacado, aunque en la actualidad nos pueda parecer que las guerras no forman parte de las mayores preocupaciones de la población en nuestro país, basta con poner el noticiario o acudir a cualquier medio de comunicación internacional para darnos cuenta de que todavía existen muchos conflictos armados a lo largo del planeta. Situaciones dramáticas como las que se dan en Siria o Afganistán, recuerdan la crudeza de este tipo de conflictos. Es posible que, en general, haya habido un cambio sustancial en los medios de combate, incluso podríamos hablar de una guerra “más especializada”, pero la esencia sigue siendo la misma. La lucha por la supervivencia, por los ideales, por los pueblos... sigue sacando lo mejor y lo peor del ser

humano y, sin duda, sigue siendo una de las situaciones de mayor demanda psicológica y emocional a las que puede ser sometido el hombre.

La psicología no ha sido ajena a las necesidades de las Fuerzas Armadas y su contribución histórica ha sido y es fundamental para la efectividad de los Ejércitos. Tradicionalmente se ha dado mucha importancia al factor tecnológico, la supremacía o potencia de un ejército se suele medir por sus capacidades: número de efectivos, armamento tecnológicamente avanzado, vehículos, aviación... Pero no se debe obviar que detrás de todo ello se haya algo aún más importante: el factor humano. Serán las personas las que marcarán la diferencia ya que por muy avanzado y numeroso que sea nuestro material, si nuestros soldados no están preparados para utilizarlo nuestras Fuerzas Armadas serán inoperativas.

Es sobre ese factor humano donde la psicología se convierte en una herramienta fundamental. La selección de un personal adecuado, la preparación del mismo en el plano psicológico, la influencia sobre aspectos como la moral o la cohesión, e incluso la recuperación de bajas por motivos psicológicos, son áreas de vital importancia donde los psicólogos militares realizan una valiosa contribución.

La guerra es uno de los mayores desafíos para la mente humana. Por tanto, no es de extrañar que la participación en conflictos bélicos pueda derivar en problemas de tipo psiquiátrico/psicológico. Multitud de estudios analizan las consecuencias psicológicas de los despliegues

militares. Sin embargo, parece existir cierta carencia en el análisis durante el conflicto. ¿Cómo evolucionan las personas durante el mismo? ¿Cómo lo afrontan? ¿Cuánto tiempo deben estar expuestos al mismo?

El objeto del presente estudio es, por tanto, analizar la evolución de personal militar desplegado en una zona de conflicto. Se pretende estudiar cómo evoluciona su sensación subjetiva de estrés a lo largo del despliegue y la sintomatología de tipo psicológico que pudiera ir apareciendo a lo largo del mismo. Un conocimiento exhaustivo de estas características permitiría mejorar las labores de prevención y un mejor ajuste del tiempo de despliegue al que deben ser sometidos nuestros militares.





## **II. MARCO TEÓRICO**



FERNANDO J. RODRÍGUEZ ALONSO



# **CAPÍTULO 1. BREVE HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA MILITAR**

La Psicología Militar, pese a parecer relativamente moderna, tiene una larga e interesante historia, principalmente desarrollada y documentada alrededor de la psicología científica norteamericana.

En el caso de los Estados Unidos, la Psicología Militar ha tenido una evolución paralela al de la psicología como disciplina científica. Probablemente, podemos afirmar que el desarrollo de la Psicología Militar ha sido menos lineal que el de la Psicología General. Los avances en el campo militar se han ido concentrado en momentos concretos determinados por demandas específicas asociadas a las grandes guerras de la historia. La Psicología Militar operativa (que incluye las acciones realizadas por los psicólogos militares en apoyo a las fuerzas militares), la Psicología Organizacional y la Psicología Clínica, han estado históricamente ligadas al desarrollo de los conflictos bélicos. Por ejemplo, las evaluaciones de screening en la selección de personal comenzaron a realizarse alrededor del año 1800, siendo estas primeras aplicaciones la semilla para el desarrollo de las múltiples baterías de test que se han diseñado desde entonces hasta nuestros días. Las consecuencias de la guerra en la salud mental de los combatientes han sido un foco importante de estudio desde la guerra civil

norteamericana y, en gran medida, han marcado el origen de los estudios y teorías de la psicopatología del estrés actual. Las operaciones psicológicas también forman parte inherente de la guerra desde sus inicios, independientemente de la nomenclatura bajo la que se llevaran a cabo. Este tipo de operaciones incluyen acciones con objeto de influir en la población civil o en las fuerzas enemigas mediante el uso de información, así como evitar la influencia en las fuerzas propias (p. ej. propaganda).

Durante la Guerra Civil Americana (1861 – 1865), los médicos eran los responsables del screening para los nuevos reclutas. Si algún médico cometía error de diagnóstico o fallaba en la detección de algún simulador, entonces era multado (Lande, 1997). Durante el conflicto bélico comenzará el estudio de los efectos que el combate y la guerra pueden tener sobre las personas. Se describen conceptos como la nostalgia o el dolor del miembro fantasma en personal que había sufrido algún tipo de amputación), la conducta suicida, o problemas de consumo de sustancias como alcohol, cocaína, morfina y opio (Berrios, 1996; Dean, 1997). Tras la guerra, los soldados que acudían a los servicios médicos en busca de atención profesional para sus problemas de salud mental, eran frecuentemente diagnosticados de manía crónica. Desafortunadamente, en aquellos años no existían los programas de tratamiento que existen hoy en día ni las instituciones de ayuda a personal militar, ya sea en activo o retirado. Estos soldados, con frecuencia, recibían el tratamiento en su domicilio, o incluso podían ser

## Capítulo 1. Breve historia de la psicología militar

ingresados en alguna institución de salud mental, las cuales distaban mucho de las que se disponen hoy en día.

En nuestro país, el inicio de la Psicología Militar estuvo asociada a la medicina y, más concretamente, a la psiquiatría, dado que la psicología, como disciplina, es joven. Bandrés y Llavona (1997) fijan la figura del médico militar Santos Rubiano Herrera como el primero en aplicar los conceptos y métodos de la psicología moderna en el Ejército Español (Bandrés y Llavona, 1997). Santos Rubiano nació en el año 1871 e ingresó en el Cuerpo de Sanidad Militar en 1896 como médico segundo. Después de ser desplegado en varias ocasiones en Filipinas, donde incluso llegó a ser hecho prisionero, en 1907 después de un relativamente corto periodo separado del servicio en las Fuerzas Armadas y diferentes destinos en unidades de la fuerza, termina ejerciendo su profesión en la Clínica Mental Militar de San Baudilio de Llobregat, donde comienza a sentar las bases de la psiquiatría militar moderna. En 1916 le es concedida una comisión de once meses en Estados Unidos donde continuaría su formación en el campo de la psicología. Después de su estancia en América, se establece en Madrid ocupando diversos destinos. Finaliza su carrera siendo director de la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos. En sus trabajos se planteaba conocer cómo afectan la personalidad y los factores ambientales en los fenómenos psíquicos del militar (Rubiano, 1912a), y cómo afectan estos a la adaptación del futuro soldado al medio militar. Vemos que Rubiano ya se preocupó, hace algo más de un siglo, de un

tema recurrente para la Psicología Militar que, aún en la actualidad, sigue en el foco de atención de la investigación: la adaptación de la persona al medio militar. Este proceso de adaptación es de alto interés para él, no solo le preocupa que se lleve a cabo correctamente, sino que también describe las transformaciones que se producen en la persona, en aquellos casos de éxito. Cuando la adaptación es exitosa el proceso de socialización de la vida castrense conlleva una serie de cambios en las características del individuo que también son del interés de Rubiano.

Otro trabajo fundamental, fue el llevado a cabo sobre la evaluación mental de los reclutas (Rubiano, 1912b). En este trabajo el autor hace especial hincapié en la necesidad de llevar a cabo exámenes mentales en reclutas que presenten trastornos, los que haya sido enviados al calabozo más de una vez, aquellos que parezcan sospechosos, etc.

Pese a los antecedentes mencionados, la Primera Guerra Mundial supondrá el nacimiento oficial de la Psicología Militar estadounidense. En 1917, el por entonces presidente de la Asociación de Psicología Americana, Robert Yerkes, reunió a un grupo de psicólogos con el objetivo de analizar de qué manera la psicología como ciencia podía contribuir al desarrollo de las Fuerzas Armadas, y por lo tanto de la defensa nacional. Entre los hombres participantes hubo nombres tan destacados dentro de la psicología como Edward Lee Thorndyke, John B. Watson o James McKeen Cattell. Una vez reclutados los voluntarios, se establecieron una serie de comités que

## Capítulo 1. Breve historia de la psicología militar

tendrían la labor de analizar posibles aplicaciones de las diferentes ramas de la psicología en áreas específicas de las Fuerzas Armadas. Algunos ejemplos son el comité de selección de personal para tareas que requieran habilidades especiales (por ejemplo, la selección de pilotos, un tema clásico de estudio en la Psicología Militar) o el comité de estudio de los problemas de motivación relacionados con el servicio militar. En enero de 1918, ciento treinta y dos oficiales fueron comisionados para trabajar dentro de la División de psicología.

Uno de los primeros y principales objetivos de este grupo de trabajo fue el del desarrollo de pruebas psicológicas que ayudaran al reclutamiento masivo que se estaba produciendo debido a la envergadura del conflicto. Fruto de este trabajo surgieron el Test Alfa (para personal que sabía leer y escribir), y el test Beta (para analfabetos). Estos dos test han sido considerados históricamente como los precursores de los test de inteligencia. El test Alpha se incluyó dentro de la escala Weschler-Bellebue, que daría lugar a la Escala de Inteligencia para adultos Weschler, la más utilizada en la actualidad (Boake, 2002). Estas pruebas fueron administradas a aproximadamente 1.750.000 individuos durante la guerra, lo que supuso la primera aplicación masiva de un test de inteligencia.

Pero este no fue el único avance durante la Primera Guerra Mundial, sino que también, durante este conflicto, se desarrolló el *Woodworth Personality Data Sheet* (Johnston, Robinson, Earles, Via, y



Delaney, 2017), que serviría de modelo para los posteriores cuestionarios de personalidad.

El éxito de la evaluación psicológica durante la Primera Guerra Mundial contribuyó de manera importante al reconocimiento de la psicología como disciplina científica. Los avances conseguidos dentro de la evaluación psicológica se hicieron extensibles a otros ámbitos civiles como universidades o empresas.

Como hemos comentado, el doctor Rubiano había disfrutado de una estancia de once meses en Estados Unidos durante esta época, fruto de la cual propone comenzar a usar test psicológicos de evaluación para sistematizar un proceso que hasta el momento se realizaba de manera relativamente arbitraria: "... es necesario estudiar una escala adaptable a la vida mental española, para lo cual será conveniente, dado que carecemos de datos nacionales que, por una comisión nombrada al efecto, se practiquen los ensayos convenientes para establecer los tests de mínima capacidad que debe pasar todo recluta considerado como suficiente mental; fijándose, después de estudio detenido, las características que se adopten en el Cuadro de Inutilidades y en las condiciones de ingreso en las Academias Militares" (Rubiano, 1919, p. 422). Como podemos comprobar atendiendo a la cita textual, Rubiano proponía, hace ya casi un siglo, el que luego sería el modelo actual de selección de personal mediante un cuadro de incompatibilidades psicomédicas.

## Capítulo 1. Breve historia de la psicología militar

La psicología aeronáutica también tuvo su nacimiento durante la Primera Guerra Mundial. Su principal objetivo fue la selección de candidatos a pilotos que tuvieran más probabilidades de éxito al enfrentarse al curso de capacitación y así, al mismo tiempo, reducir el número de accidentes. Los primeros trabajos de investigación en este ámbito ya señalaban que los mejores candidatos poseían altos niveles de inteligencia, estabilidad emocional, percepción y capacidad de atención (Koonce, 1984).

Paralelamente varios investigadores españoles desarrollaron igualmente estudios para la selección y formación de piloto. La psicología aeronáutica en España nace al mismo tiempo que la aviación militar, en 1911 (Bandrés y Llavona, 1996). Durante el periodo de la Primera Guerra Mundial se incluyeron las primeras aportaciones de la sanidad militar a la aviación. En 1918 el Boletín de Medicina Naval publicaba un artículo acerca de las aptitudes necesarias para el ejercicio del vuelo (aptitudes visuales, reflejos, carácter decidido, etc.), y los efectos del mismo.

Tal y como afirma Helio Carpintero en 2004, pese a las propuestas de figuras importantes de la Psicología Militar como el doctor Rubiano, faltó en nuestro país el análisis masivo de sujetos en contextos industriales o militares. Como hemos visto en el caso de Estados Unidos, estas aplicaciones masivas en el ámbito militar fueron decisivas para el desarrollo de la psicología aplicada en general, y de la psicología de la personalidad en particular. Según Carpintero (2004),

probablemente esta ausencia supuso un retraso en el establecimiento profesional de la psicología en nuestro país.

Dentro de la Psicología Clínica también se produjeron avances importantes durante la Primera Guerra Mundial. Se desarrollaron las primeras técnicas de reducción del estrés de combate, y también de reestructuración cognitiva aplicada a estas situaciones, incluso antes de que se desarrollaran mediante una teoría formal (Howorth, 2000). Se comenzó a prestar atención en el frente, bajo los principios de proximidad, inmediatez y expectativas de recuperación. Estos principios (junto a otros), siguen formando parte de la actual atención psicológica en emergencias. El resultado de esta nueva forma de atención tuvo como resultado la recuperación de entre un 40 y un 80% de las bajas por estrés de combate (Jones y Wessely, 2003). Este porcentaje de militares pudo volver al combate sin necesidad de ser repatriados para un tratamiento con el avance logístico y operativo que eso suponía.

Tal y como ya se ha señalado, la Primera Guerra Mundial supuso un pilar fundamental en el nacimiento de la Psicología Militar y, además, propició grandes avances para la psicología en general que aún sirve de referencia en nuestros días (Karayany y Karayany, 2016; Kennedy y McNeil, 2006).

La Psicología Militar siguió su desarrollo en España y en 1924 se crea el primer instrumento de evaluación para la selección de pilotos en la Armada (Figueras Ballester, 1924). Con este test, el autor, ya había

## Capítulo 1. Breve historia de la psicología militar

propuesto un nuevo plan de reconocimientos periódicos de aptitud para pilotos (Fernández, 1923), pretendía medir las capacidades psicomotrices: su rapidez y su capacidad inhibitoria y discriminante; la apreciación visual y el tiempo de reacción de los militares.

La década de los 30 está marcada en la historia de España por la Guerra Civil que se desarrollará entre 1936 y 1939. La primera consecuencia destacable del inicio de la guerra, fue el necesario exilio de un gran número de hombres relevantes para la psicología que eran partidarios del bando republicano, como Ortega, Marañón o Mira. Estas circunstancias derivaron en un freno obligado al desarrollo de la psicología como disciplina científica en nuestro país.

Finalizada la guerra, se fue reanudando la actividad científica en grandes ciudades como Barcelona o Madrid. El Instituto de Madrid, bajo la dirección de Ricardo Ibarrola, se dedicaba a tareas de psicotecnia aplicada al mundo laboral, orientación y selección de personal y psicopedagogía (Saiz y Saiz, 1996). Paralelamente, fueron intensificando sus contactos con el ejército (Ibarrola, 1940).

Durante la Segunda Guerra Mundial se crea la División 19 de la Asociación Americana de Psicología. Desde ese momento hasta la actualidad, esta División será la encargada de la Psicología Militar. Después de lo experimentado en la Primera Guerra Mundial, los psicólogos fueron muy demandados por las Fuerzas Armadas en este nuevo conflicto. La evaluación psicológica volvió a ser el campo de referencia, pero se produjo también una ampliación y diversificación de

los campos de actuación. Boring publicó en 1945 un manual sobre la aplicación de la psicología en el ámbito militar destacando siete campos principales: observación, desempeño, selección, moral, entrenamiento, adaptación del personal, relaciones sociales y opinión y propaganda (Boring, 1945). Este tipo de acciones también fueron asumidas en 1948 por la Oficina de Estudios Estratégicos (la actual CIA), que desarrolló el primer programa de selección para candidatos a puestos de espionaje, contraespionaje y publicidad. Durante este periodo continuó el desarrollo de la Psicología Militar aeronáutica con la selección de pilotos que tanto éxito estaba teniendo desde la I Guerra Mundial; sin embargo, durante este periodo la Psicología Militar aeronáutica también sufrió algún contratiempo, por ejemplo los derivados de los errores cometidos en la selección de pilotos de bombarderos (Holmes, 2014).

Como ya hemos podido comprobar, grandes nombres de la historia de la psicología contribuyeron en su época a Psicología Militar. Hombres como Robert Mearns Yerkes o Alfred Binet, marcaron la diferencia en la Primera Guerra Mundial. Pero la lista no acaba ahí, en la Segunda Guerra Mundial, Burrhus Frederic Skinner, que pasaría a la historia como el padre de la psicología conductual, lideró un proyecto con el que se pretendía que palomas sirvieran como guía para que los misiles pudieran alcanzar sus objetivos. Cabe destacar que los sistemas electrónicos de guía de los que disponemos en la actualidad no existían entonces. Sin embargo, estas palomas nunca llegaron a ser desplegadas

ya que este tipo de misiones eran suicidas por lo que los investigadores se encontraron con un conflicto moral.

La selección de soldados fue mejorada con la creación del Army General Classification Test (AGCT). Esta prueba clasificó a 12 millones de reclutas y se caracterizaba por minimizar la importancia de la educación formal y la capacidad verbal, priorizando capacidades como el razonamiento espacial o el cuantitativo.

Finalizada la Segunda Guerra Mundial la evaluación psicológica dentro de las Fuerzas Armadas se unificó mediante un acto del parlamento (Selective Service Act) y la creación del Armed Forces Qualification Test (AFTQ) en 1950.

La aplicación masiva de pruebas de screening a grandes muestras de sujetos de diferentes características sociodemográficas supuso una oportunidad excelente para el desarrollo de estos métodos de evaluación. Sin embargo, quizá la Psicología Militar durante este periodo puso demasiado hincapié en las labores de screening, dando por hecho que esta práctica serviría como medida preventiva de cara al posible desarrollo de trastornos mentales relacionados con el combate. Esta forma de pensar provocó un descuido en la aplicación de medidas de intervención que permitieran recuperar a aquellos sujetos que, por ejemplo, causaron baja debido al estrés de combate.

El reclutamiento forzoso provocó que otro campo de actuación de suma importancia fuera la detección del engaño. Las pruebas psicométricas debían intentar determinar qué sujetos estaban simulando

algún tipo de dolencia para poder ser excluidos del servicio militar y aquellos que padecían una dolencia real.

Los cinco problemas mentales más diagnosticados durante la Segunda Guerra Mundial fueron: neurosis, trastorno de la personalidad, alcoholismo, epilepsia y demencia (Stearns y Schwab, 1943). El sistema diagnóstico que se manejaba en aquella época (*Standard Nomenclature of Diseases and Operations*) resultaba bastante inadecuado para su aplicación dentro de las Fuerzas Armadas. Esta circunstancia propició el desarrollo del que sería el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), que acabaría siendo, en sus diversas ediciones, el manual diagnóstico de referencia para los profesionales de la salud mental a nivel internacional.

Por su parte, la psicología aeronáutica continuó su desarrollo ampliando sus campos de actuación. Los psicólogos militares empezaron a intervenir en diferentes áreas más allá de la selección de pilotos. Entre las demandas de estos profesionales se encontraban: el desarrollo de nuevo equipo (primeros pasos de la psicología dentro de la ergonomía); la investigación en accidentes aéreos; y la identificación de posibles terroristas (Koonce, 1984).

Durante este conflicto bélico fueron asignados, por primera vez, psicólogos a los hospitales; con el objetivo de desarrollar funciones relacionadas con la Psicología Clínica, tal y como la entendemos en la actualidad. A partir de este momento la presencia del psicólogo en los

hospitales creció exponencialmente. En el año 1946 se establecieron los primeros programas de residencia para psicólogos en los Estados Unidos. Este profesional hasta ese momento, estaba más asociado a una figura de consultor experto que realizaba labores de asesoramiento y evaluación, pero a partir de entonces su actuación se relacionó con la capacidad de tratar problemas de naturaleza mental.

El siguiente gran conflicto armado al que la psicología norteamericana tuvo que hacer frente fue la Guerra de Corea (1950-1953). En este nuevo conflicto los psicólogos fueron desplegados en zonas de combate con la misión de recuperar el máximo número de bajas debidas a la salud mental en el mismo frente, sin necesidad de ser repatriadas. El comienzo súbito de la guerra impidió una adecuada preparación de los combatientes por lo que las bajas por causas psicológicas se dispararon en un primer momento. Posteriormente, gracias a las lecciones aprendidas en anteriores conflictos acerca del estrés de combate, entre un 80 y un 90% de la bajas pudieron ser recuperables (Jones, 1995; Ritchie, 2003). Durante este conflicto se produjo, por primera vez, la concesión de la Estrella de Bronce, una de las más altas condecoraciones del Ejército Americano, a un psicólogo militar. Esta condecoración reconocía el trabajo que había realizado Richard H. Blum en el desarrollo de procedimientos para la prevención y tratamiento del estrés de combate (Stambor, 2005).

El gran conflicto bélico para el Ejército Norteamericano después de la Guerra de Corea fue la convulsa y polémica Guerra de



Vietnam (1959-1975). Durante ese periodo la Fuerza Aérea estadounidense implantó el *Airman Qualifying Examination* (AQE). El Ejército de Tierra y la Marina también implementaron sus propios test de aptitudes. Estas diferentes pruebas, que tenían por objeto evaluar las condiciones de los candidatos para el ejercicio de la profesión militar en sus diferentes especialidades, derivaron en la *Armed Services Vocational Aptitude Battery* (ASVAB), batería aptitudinal que pretendía unificar las evaluaciones en todas las Fuerzas Armadas.

Los buenos resultados obtenidos en los anteriores conflictos derivaron en el mantenimiento de los psicólogos desplegados en las zonas de combate. Esta guerra tuvo ciertas particularidades que determinarían en gran medida las consecuencias psicopatológicas posteriores del personal implicado. Por ejemplo, los niveles de consumo de drogas estuvieron más altos que en ningún otro conflicto; una parte importante de la nación no aprobaba la participación de Estados Unidos en esta guerra, siendo las manifestaciones en contra de la misma fueron habituales y numerosas, lo que sin duda repercutió en la moral de los soldados. En este sentido, el apoyo percibido es un factor esencial para el bienestar psicológico del militar, no solo el apoyo familiar sino también el que proviene del país (Fontana y Rosenheck, 1994; Izett, 1971). Las rotaciones de los soldados se realizaban de forma individual y no por unidades, lo que a posteriori podemos concluir que fue un claro error ya que este sistema afecta profundamente a la cohesión de las unidades. Los recursos asistenciales de los que disponían los soldados

## Capítulo 1. Breve historia de la psicología militar

al volver de la guerra no fueron suficientes. Todos estos factores derivaron en unas consecuencias desastrosas. La Guerra de Vietnam ha provocado los índices de prevalencia de estrés postraumático más altos registrados después de un conflicto bélico.

La Psicología Militar moderna en España, comenzó a definirse a mediados del S. XX. En 1953 se crea la Escuela de Psicología y Psicotecnia, de la cual saldrán los primeros Diplomados en Psicología Militar. En 1977, el Real Decreto 944/2001, de 3 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento para la determinación psicofísica del personal de las Fuerzas Armadas (2001) crea el Servicio de Psicología de las Fuerzas Armadas que unificaba y organizaba los diferentes servicios de psicotecnia que ya operaban en los Ejércitos. El texto destaca la progresiva necesidad de especialización de los miembros de las Fuerzas Armadas y asume que los métodos derivados de la psicología pueden apoyar y posibilitar el inmenso campo de las investigaciones puras y aplicadas en todos los problemas que afecten al personal militar. El Real Decreto 944/2001 (2001) atribuye al servicio de psicología las siguientes funciones (art.1):

- Proporcionar al mando, cuando sea requerido o por propia iniciativa, datos e informes psicológicos y psicotécnicos.
- Asesorar al mando sobre las materias de su competencia.
- Promover y completar la formación del personal técnico superior y formar el especialista necesario.

- Realizar los estudios convenientes para adaptación de los conocimientos científicos de psicología al ámbito militar.
- Realizar cuantos trabajos específicos le sean encomendados.

Una vez creado el Servicio, por medio de la Orden Ministerial, 141/2001, de 21 de junio, por la que se establecen las Funciones y Estructura de la Psicología Militar (2001), se establece el Reglamento de dicho Servicio, que recoge y detalla las funciones y la estructura de la Psicología Militar española de la época.

El comienzo del S. XXI supone cambios importantes para la Psicología Militar en España. En primer lugar, los Oficiales Psicólogos que desempeñaban su labor perteneciendo a los diferentes Ejércitos (Ejército de Tierra, Armada y Ejército del Aire), se integran dentro del Cuerpo Militar de Sanidad, pasando a formar parte de los Cuerpos Comunes de las Fuerzas Armadas (Resolución 431/12890/1999, como desarrollo de la Ley 17/99 de 18 de mayo, disposición adicional 7ª). Esta integración subraya indirectamente la parte sanitaria de la Psicología Militar.

La Orden Ministerial 141/2001 (2001) actualizará la estructura y funciones de la Psicología Militar, determinando los siguientes campos de actuación:

1. Psicología de las Organizaciones y Recursos Humanos.
2. Psicología Militar operativa: liderazgo, factores humanos de grupo y ambientales en las operaciones militares.

## Capítulo 1. Breve historia de la psicología militar

3. Psicología preventiva y pericial.
4. Psicología Clínica, en el ámbito hospitalario y asistencial.
5. Psicología Educativa: metodología y orientación de la formación.
6. Psicología Social: conductas individuales y de grupos militares.

Y se estructurará en:

-Junta Asesora de Psicología.

-Unidad de Psicología de la Inspección General de Sanidad.

-Órganos de Psicología docentes y de asesoramiento en el reclutamiento.

-Órganos de los Ejércitos:

- Secciones de Psicología de las Direcciones de Sanidad de los Ejércitos.
- Centros de Psicología.
- Gabinetes de Psicología.

Desde ese momento hasta la actualidad, los Psicólogos Militares contribuyen al desarrollo de las Fuerzas Armadas y a su capacitación para el ejercicio de sus funciones. En el año 2016 la Orden Ministerial 141/2001 fue derogada y en la actualidad se está trabajando en una

legislación que sea capaz de recoger los nuevos avances en la estructura, misiones y funcionamiento de la psicología militar.

La Psicología Militar absorbe las fuentes y avances en el conocimiento científico de las diferentes ramas de la psicología (trabajo y organizaciones, clínica, educativa, psicología jurídica, psicología comunitaria...). Así, los psicólogos militares son parte esencial de los procesos de reclutamiento y selección de personal militar llevados a cabo por las Fuerzas Armadas. Asimismo, tienen un papel destacado en la selección y formación de personal en puestos clave como pueden ser los Pilotos, el personal de Operaciones Especiales o el de Inteligencia, entre otros.

En el ámbito de la Psicología Educativa, los psicólogos militares conforman Gabinetes de Orientación Educativa en todas las Academias Militares de los tres Ejércitos. Desde donde realizan tareas orientativas y formativas destinadas a mejorar la instrucción recibida por los alumnos.

Dentro de la Psicología Clínica los psicólogos realizan una función asistencial en los diferentes Hospitales y Clínicas Militares, así como en diferentes Unidades.

En resumen, desde el comienzo de los despliegues militares el psicólogo ha participado como un componente más de la Fuerza Española, realizando sus funciones en aquellos países donde ha sido requerido. En la historia más reciente, las operaciones más importantes para el desarrollo de la Psicología Militar han sido las denominadas

## Capítulo 1. Breve historia de la psicología militar

Operaciones de Mantenimiento e Imposición de la Paz. En especial, las llevadas a cabo en Irak y Afganistán. Durante estas Guerras los servicios de atención psicológica ya estaban firmemente asentados. Las experiencias recogidas han permitido y permiten aumentar la especialización y la eficacia de los métodos de intervención. Estos conflictos nos han servido para mostrar que, pese a que disponemos de herramientas más sofisticadas, más medios y más experiencia, los desafíos a los que se enfrenta la Psicología Militar en la actualidad no son muy diferentes de los que describíamos en la I Guerra Mundial: el estrés de combate, el estigma de la atención psicológica, la intervención psicológica en situaciones de crisis, el apoyo a las familias..., siguen siendo los grandes temas de interés de esta disciplina.

Podemos afirmar que la Psicología Militar tiene una historia breve pero muy destacada. La guerra es la mayor catástrofe a la que se puede enfrentar el ser humano y probablemente sea la situación más demandante tanto a nivel físico como a nivel psicológico que una persona puede experimentar. Lo decisivo de su naturaleza implica la máxima exigencia de todos sus participantes, lo que deriva en avances científicos notables. Como hemos visto, muchos de los avances implementados en el ámbito castrense han resultado de importancia superlativa para el desarrollo de la psicología como disciplina científica a nivel global.

FERNANDO J. RODRÍGUEZ ALONSO



## CAPITULO 2: EL ESTRÉS.

### 2.1 Concepto de estrés

Estrés es la palabra que utilizamos para describir experiencias que son desafiantes emocional y fisiológicamente (McEwen, 2007). Hoy en día su uso se ha popularizado como uno de los problemas de nuestro siglo. Es común oír hablar a las personas del estrés que sufren en su trabajo, en la familia, en su día a día, etc. El marketing no es ajeno a ello y en la actualidad miles de productos se anuncian como remedios para el estrés.

El término estrés genera confusión ya que se utiliza indistintamente como referencia a la respuesta del individuo como a la situación o estímulo que genera esa respuesta. Tal y como explican Labrador y Crespo (2003), parece que esta confusión procede del trabajo de Hans Selye en 1956 cuando, adoptando terminología de la física describió el síndrome de estrés para definir la respuesta de un individuo cuando se tenían que enfrentarse a situaciones amenazantes o desafiantes. Selye (1956) afirma que la principal causa de la confusión proviene de las traducciones del inglés. Así, este problema surgió porque en inglés se diferencia la palabra *stress*, que se refiere a la fuerza física que se aplica sobre una estructura, y la palabra “strain”, que hace referencia a la respuesta de la estructura sobre la que es aplicada la fuerza. Tiempo después, y debido a la confusión generada, el autor



admitió que el término adecuado que debería haber adoptado en principio era el de “strain”, aunque su trabajo ya se había difundido hasta tal punto y el término estaba ya tan extendido que era imposible una rectificación (Labrador y Crespo, 2003).

Lazarus y Folkman (1984) sugirieron que el estrés no era una variable, sino un conjunto de variables y procesos. Esto permite establecer un marco teórico en el que examinar el concepto a través de múltiples niveles: antecedentes, procesos y resultados que son relevantes para el fenómeno del estrés y su concepto global (Jiménez-Torres, Martínez, Miró, y Sánchez, 2012).

En la actualidad el concepto de estrés tiene una connotación negativa para la mayoría de la población; sin embargo, en el ámbito científico tiende a defenderse la importancia del estrés como una respuesta adaptativa y evolutiva por parte de los individuos. Por lo tanto, debemos diferenciar dos tipos de respuestas estrés: las adaptativas, que son aquellas que preparan al organismo, psicológica y fisiológicamente, para responder a las exigencias del medio en una situación de amenaza o desafío, por tanto, lo defienden; y las desadaptativas, que son aquellas respuestas de estrés que, por su excesiva intensidad o por su excesiva duración en el tiempo, tienen consecuencias negativas para el bienestar físico y psicológico del sujeto, así como para poder responder a la situación de una forma eficaz y efectiva.

## 2.2 Fuentes generadoras de estrés

Tal y como se ha comentado en el apartado anterior, la respuesta de estrés se produce ante estímulos que suponen una amenaza o un desafío para el individuo. Para poder afirmar que una situación supone una amenaza o un desafío vamos a tener que atender, fundamentalmente, a dos componentes (Lazarus y Folkman, 1984; McEwen, 2007):

a) Un componente objetivo. Atendiendo al cual podremos establecer que, por ejemplo, una situación que supone un riesgo para la vida es una situación amenazante y, por lo tanto, generadora de estrés.

b) Un componente subjetivo. Este componente incluye la interpretación subjetiva que hace el individuo de la situación, más allá del componente objetivo. El sujeto personalizará la situación en base a una serie de variables como pueden ser sus rasgos de personalidad, sus experiencias previas, la valoración que haga de sus recursos de afrontamiento, etc. Teniendo en cuenta todas estas variables, el sujeto interpretará la situación como amenazante o no. Aunque el componente objetivo pueda indicar que la situación es generadora de estrés, si la evaluación subjetiva del individuo la cataloga como no amenazante, no se producirá respuesta de estrés alguna.

Igualmente, en aquellos casos en los que el sujeto haga una interpretación de una situación como amenazante, aunque objetivamente no lo sea, se producirá la respuesta de estrés. De este modo, podemos afirmar que la respuesta de estrés es individual, de manera que lo que es estresante para unos sujetos, no lo es para otros. En general, no podemos pretender que haya únicamente una manera objetiva de definir las situaciones de estrés basándonos en las condiciones ambientales que definen tales situaciones sin hacer referencia a las características de la persona (Jiménez-Torres, Martínez, Miró y Sánchez, 2012).

Nos obstante, independientemente de la evaluación que el sujeto haga de la situación, parece que existen ciertas características que favorecen que un estresor genere una respuesta de estrés en el individuo (Labrador y Crespo, 2003). A continuación, centrándonos en el componente objetivo, detallaremos los factores que, a priori, son potencialmente generadores de estrés (Labrador y Crespo, 2003):

a) El cambio o novedad en la situación estimular.

Un cambio en una situación a la que estamos habituados puede suponer un desafío o una amenaza para el sujeto. Como hemos afirmado, dependerá de la evaluación que haga él mismo de la situación. En el caso de los despliegues militares, el cambio de funciones y de

contexto puede suponer una exigencia estresante para el militar ya que debe adaptarse a un nuevo entorno laboral. Somos animales de costumbres y cualquier alteración en nuestros hábitos genera una activación para favorecer la adaptación.

b) La falta de predictibilidad y la ambigüedad.

La incertidumbre puede provocar estrés, cuanto menos seamos capaces de anticipar lo que va a suceder en un determinado momento o al enfrentarnos a una situación compleja, más probable es que generemos una respuesta de estrés. En el caso de militares desplegados, por ejemplo, cuando van a ser enviados al extranjero por primera vez, el desconocimiento de sus funciones, sus condiciones de vida, la situación de seguridad del lugar de destino, etc. aumenta la probabilidad de generar una respuesta de estrés. Del mismo modo, la posibilidad de ocurrencia de algún resultado negativo (percepción de riesgo), también puede potenciar las respuestas de estrés.

c) Situaciones que sobrepasan los recursos del individuo.

En el día a día, ya sea en nuestro ámbito laboral o en el doméstico, podemos tener que enfrentarnos a situaciones en las que nos vemos sobrepasados, ya sea por falta de tiempo, de conocimientos, de capacidades. Este tipo de circunstancias son potencialmente generadoras de estrés.

Respecto a acontecimientos concretos, diferentes estudios han investigado sobre los hechos objetivos que son potencialmente más estresantes para el individuo que habitualmente son denominados en la literatura científica como *sucesos vitales estresantes* (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974; Kobasa, 1979; Shapero et al., 2014; Willard, Long y Phipps, 2016). Entre este tipo de sucesos, algunos de los más estudiados son: los conflictos bélicos, la muerte del cónyuge o hijos, atentados terroristas, ser víctima de delitos violentos (violaciones, robos con violencia, etc.), accidentes, problemas laborales, enfermedades graves...

Pero no solo acontecimientos de gran envergadura como los anteriores pueden ser generadores de estrés. Otro tipo de situaciones relacionadas con la vida diaria también pueden ser una fuente importante de estrés, aunque dependerán más del factor subjetivo. De este modo, discusiones familiares, mudanzas, problemas económicos, divorcios, etc. son una fuente importante y habitual de estrés en la sociedad actual (Cheng, Lau, y Chan, 2014; Schönfeld, Brailovskaia, Bieda, Zhang y Margraf, 2016).

Hemos señalado algunos de los principales eventos generadores de estrés y hemos apuntado la importancia de algunos factores como su gravedad objetiva o la interpretación subjetiva que realiza el sujeto. No podemos olvidar otro factor importante que va a influir en la posible respuesta de estrés del sujeto: el tiempo. Puede ser que un evento

determinado no tenga ni la entidad objetiva, ni la subjetiva para, en principio, generar una respuesta intensa de estrés en el sujeto; sin embargo, si este estresor se mantiene en el tiempo y se cronifica, es posible que acabe afectando al sujeto. Por lo tanto a la hora de valorar las fuentes de estrés debemos atender tanto al tiempo durante el que un estresor está actuado sobre una persona, como también a la acumulación de varios estresores (Bryan, Clemans, Leeson, y Rudd, 2015).

### **2.3 Respuesta de estrés**

Hemos definido la respuesta de estrés como aquella que ofrece una persona ante una demanda del ambiente que le resulta desafiante o amenazadora, pero ¿en qué consiste esa respuesta de estrés?, ¿qué cambios se producen en el individuo? Para abordar la respuesta de estrés, como es habitual en el campo de la psicología, recurriremos al triple sistema de respuesta describiendo las reacciones a nivel cognitivo, fisiológico y motor (Lazarus y Folkman, 1984, 1991).

#### **a) Nivel cognitivo**

La respuesta de estrés implica la valoración o evaluación constante de la significación y las posibles repercusiones o consecuencias de lo que está pasando. Por lo tanto, tal y como señala el modelo de Lazarus y Folkman (1984), el sujeto, a nivel cognitivo,

responde realizando una doble evaluación en primer lugar, del estímulo que está generando esa respuesta así como de las posibles consecuencias que el mismo puede tener sobre el propio sujeto; en segundo lugar, el sujeto valorará si los recursos de los que dispone para hacer frente al estímulo estresante son suficientes. El resultado final, conjunto de estas dos evaluaciones, modulará la respuesta del sujeto, hará que interprete la situación como amenazante o no y, en función de sus recursos, decidirá si es mejor afrontar el estímulo/situación o evitarlo.

Obviamente, cuando el sujeto en su evaluación primaria estime que la situación a la que debe hacer frente es muy exigente y peligrosa para él, y en su valoración secundaria concluya que los recursos de los que dispone no son suficientes para afrontarla, su respuesta de estrés y las consecuencias negativas de la misma, alcanzarán una mayor magnitud (Lazarus y Folkman, 1991).

#### b) Nivel fisiológico

Se producen varios cambios en la respuesta de estrés. En primer lugar, se produce una activación general del organismo o arousal. De ahí surge el carácter adaptativo y evolutivo de la respuesta de estrés, el organismo se activa y se prepara para responder a una demanda del entorno que le supone una amenaza. Esta activación va acompañada de una disminución de aquellos procesos del organismo que están

relacionados con demandas a medio/largo plazo. La respuesta de estrés es una señal que indica al organismo que ha de disponer de todos los recursos incluso aquellos que estén implicados en otras tareas que no resultan trascendentales en ese momento, y los ponga a disposición para que el organismo pueda responder a la amenaza en las mejores condiciones.

Indicadores propios del aumento de la activación fisiológica que con frecuencia suelen aparecer son: aceleramiento del ritmo cardiaco, activación de las glándulas sudoríparas, la sangre fluye y se concentra en los músculos, dilatación pupilar; se incrementa la capacidad pulmonar; se reducen las actividades digestivas y salivales, aumenta la liberación de reservas de energía, se produce una mayor liberación de hormonas (como por ejemplo de adrenalina), y se inhiben las funciones excretoras.

#### c) Nivel motor

La respuesta de estrés, a nivel motor, se identifica a través de las conductas que utilizamos para enfrentarnos a la situación de amenaza o desafío que ha generado dicha respuesta. Solemos referirnos a este tipo de conductas como estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1991). Básicamente estamos haciendo referencia al qué hacemos. Las conductas utilizadas en una respuesta de estrés pueden ser muy variadas



y cambiantes, aunque podemos identificar tres modos de responder a nivel general:

- a. Huida. Se trata de una respuesta adaptativa por la cual el sujeto decide evitar el estímulo o situación por lo que le genera una respuesta de retirada de dicho estímulo.
- b. Lucha. Se trata de una respuesta activa por la que el sujeto decide hacer frente a la situación y pone en marcha los recursos de afrontamiento que cree pueden serle útiles.
- c. Inhibición. Se trata de una respuesta por la que el organismo se colapsa, normalmente por una excesiva activación, quedándose paralizado y siendo incapaz de dar ningún tipo de respuesta.

Las dos primeras son respuesta activas que necesitan que el organismo libere el mayor número de recursos posibles y los ponga a disposición de una eventual necesidad de llevar a cabo conductas motoras de una alta intensidad aunque el tipo de respuesta utilizado para enfrentarse a la situación, vendrá dada por el tipo de estresor que esté presente (McCarty, 2016). Así, por ejemplo, en un combate la respuesta puede ser predominantemente motora o predominantemente cognitiva, como sería en el caso de un examen.

## 2.4 Psicobiología del estrés

El órgano principal y fundamental en la interpretación de un estímulo como amenazante o no amenazante, es el cerebro, y va a determinar la respuesta fisiológica y conductual a cada situación. Diferentes áreas cerebrales se activan para llevar a cabo el análisis del estresor. Este proceso se compone de tres fases (Duval, González, y Rabia, 2010):

Fase 1. Se detecta el estresor y se recibe la información acerca del mismo en el tálamo.

Fase 2. En ese momento, comienza la reacción al estrés, interviniendo el córtex prefrontal (implicado en la toma de decisiones, atención, memoria a corto plazo) y el sistema límbico que realiza un análisis comparativo entre la nueva situación y las experiencias previas del sujeto, lo que determinará en buena medida la respuesta del mismo.

Fase 3. Finalmente, se activa la respuesta del organismo a través de la amígdala (memoria emocional) y del hipocampo (memoria explícita). La activación del organismo se produce, en primer lugar, a partir de la primera unidad funcional del cerebro: la formación reticular. La activación

nervioso-central alcanza su punto máximo en situaciones que exigen un gran esfuerzo conductual (defensa, agresión...). El sistema simpático-adrenal es el encargado de preparar al organismo para dar esta respuesta de lucha o de huida. Este sistema se compone por el hipotálamo, el sistema nervioso simpático y las glándulas suprarrenales. El hipotálamo funciona como un centro de control, comunicándose con el resto del cuerpo a través del sistema nervioso autónomo que se compone del sistema nervioso simpático y del parasimpático. El sistema simpático se encarga de disparar la respuesta de lucha o huida produciendo todos los cambios fisiológicos que tienen que ver con la activación (esto es, aumento de la salivación, dilatación pupilar, aumento de riego sanguíneo en el cerebro y los músculos, aumento de la sudoración, de la tasa respiratoria, de la tensión arterial y del pulso). El parasimpático, en cambio, funciona como un freno y se encarga de la respuesta de calma una vez que la situación estresante ha cesado y nuestro cuerpo tiene que volver a su ritmo normal. En el cerebro se produce un aumento de los niveles de dopamina y noradrenalina, que van asociados a la liberación de corticotropina (CRH) desde el hipotálamo, que, a su vez, estimula la liberación de adrenocorticotropa (ACTH) y beta endorfinas. Esta respuesta hormonal

estimula la producción de cortisol llevada a cabo por la corteza suprarrenal. Por tanto la medida de cortisol, puede ser indicadora del nivel de estrés que está experimentando una persona.

## **2.5 Modelos explicativos**

Se han propuesto diferentes modelos teóricos para describir el mecanismo de funcionamiento y repercusión del estrés sobre el organismo (Labrador y Crespo, 2003). En este trabajo, nos centraremos en los modelos propuestos por Selye (1956) y por Lazarus y Folkman (1984). El primero fue pionero en abordar los efectos del estrés sobre la salud mental de las personas que lo experimentan. Por su parte, el modelo de Lazarus y Folkman (1984) ha sido muy estudiado y, en la actualidad, es el más asumido por la comunidad científica. Seguidamente, explicamos, a nivel general, ambos.

### **2.5.1 El Sistema de Adaptación Global de Selye (1956)**

Hans Selye nació en Eslovaquia en 1907. Este autor se distinguió principalmente por abordar el estudio del estrés desde el punto de vista de la salud mental.

En el modelo teórico que desarrolla vincula el proceso de estrés que experimenta una persona con lo que denomina *síndrome general de adaptación*. Se trata de un modelo de tres fases que destaca las

consecuencias negativas que estas situaciones tienen para el individuo (Selye, 1956).

Sus estudios permitieron observar que un organismo estresado responde a su fuente externa de estrés con un mismo patrón de respuesta a través de la que pretende reestablecer la homeostasis de su cuerpo. A través de una serie de fases, el organismo, cuando se ve afectado por un estresor, trabaja activamente para volver a alcanzar la estabilidad previa, esto es, para conseguir dar una respuesta que le permita adaptarse a tal situación. Según este modelo la respuesta adaptativa de estrés consta de las siguientes fases (Selye, 1956):

- a. Fase de alarma. El organismo detecta una amenaza y se prepara para afrontarla. En este momento se produce el aumento de la activación y se da la respuesta de lucha o huida. Se activa el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, el sistema nervioso y las glándulas adrenales. Durante esta fase se liberan las principales hormonas asociadas al estrés (cortisol, adrenalina y noradrenalina) que proveen al organismo de la energía necesaria para llevar a cabo la respuesta. Si finalmente no se utiliza esta energía acumulada para dar respuestas físicas, se pueden producir consecuencias negativas para el propio organismo debido al exceso de activación. Por ejemplo, el exceso de adrenalina puede conllevar un aumento de la presión sanguínea que

resulte perjudicial para el sistema circulatorio. Un exceso de cortisol puede dañar tejidos musculares y celulares, incluso se ha asociado el exceso de cortisol con algunas enfermedades como problemas cardiovasculares, úlceras, o altos niveles de azúcar.

- b. Fase de resistencia. En esta segunda fase es posible que la situación estresante se haya resuelto, comenzando el proceso de recuperación del estado basal. Los niveles hormonales recuperarán sus cifras habituales y la activación del organismo cesará. En cambio, si el estímulo estresante persiste, el organismo mantiene un estado continuado de activación. Los problemas suelen comenzar cuando este proceso se mantiene demasiado o no se tiene el tiempo necesario para recuperar los niveles normales.
- c. Fase de desgaste. Esta fase se produce cuando el estrés se ha mantenido durante un tiempo determinado en el cual, el cuerpo no ha sido capaz de mantener la activación. Esta fase es la más peligrosa, la más dañina para el organismo. Así, está demostrado que el estrés crónico puede tener consecuencias fatales para el organismo.

## 2.5.2 El modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984)

El modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) es, probablemente, el de mayor aceptación en la comunidad científica hoy en día. Para estos autores el estrés psicológico es una relación particular entre la persona y el ambiente que es percibida por ella como exigente, o que excede sus recursos y hace peligrar su bienestar.

El principio central de esta teoría afirma que un estímulo potencialmente estresante puede provocar que el sujeto expuesto realice una evaluación primaria en la cual valore el grado de amenaza que supone ese estímulo para su bienestar. Esta valoración cognitiva es un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una transacción particular, o una serie de transacciones entre la persona y el ambiente, son estresantes. Cuando el estímulo es valorado por el sujeto como amenazante o desafiante, se produce un segundo proceso de evaluación mediante el cual el sujeto realiza una valoración de sus recursos para afrontar ese estímulo. Esta valoración secundaria modulará la respuesta de estrés, que será mayor en tanto en cuanto el individuo concluya que los recursos de los que dispone no son suficientes, o son limitados, para resolver la situación. Una vez finalizados estos procesos cognitivos se ponen en marcha las respuestas de afrontamiento.

Pese a que el modelo describe una evaluación primaria y una secundaria, esta nomenclatura no indica una relación jerárquica, ni

56

quiera de linealidad temporal. La relación entre las dos evaluaciones es una dinámica, que puede producirse prácticamente en paralelo. La idea fundamental de este modelo es que la evaluación primaria, la evaluación secundaria y las estrategias de afrontamiento van a mediar entre el estresor y la respuesta individual de estrés.

Folkman y Lazarus (1984) conceptualizaron el afrontamiento como una secuencia de conductas compleja y organizada que incluía la valoración cognitiva, acciones impulsivas, reacciones somáticas y los reflejos fisiológicos de una determinada emoción (Lazarus y Folkman, 1991). Básicamente, incluyeron los aspectos psico-fisiológicos de las emociones como parte del afrontamiento ante una situación estresante/desafiante. A pesar de ser un modelo lógico y coherente, no existe validación empírica que demuestre toda la linealidad del proceso de valoración y respuesta de afrontamiento (Goh, Sawang, y Oei, 2010).

## **2.6 Consecuencias del estrés.**

Encontrar la relación entre el estrés percibido y la presencia de síntomas en el individuo es crucial para el estudio de los mecanismos que subyacen a los problemas psicosomáticos (Jaradat, Nijem, Lien, Stigum, Bjertness, y Bast-Pettersen, 2016; Wiegner, Hange, Björkelund, y Ahlborg, 2015). El concepto de trastorno psicosomático incluye una amplia aproximación que incluye el estudio de las variables sociales, biológicas y psicológicas de la salud y la enfermedad (Abitov,



2014). El primer paradigma de estudio es determinar las enfermedades orgánicas y separarlas de las no orgánicas. Las no orgánicas, muy comunes en la práctica clínica habitual son, con mucha frecuencia, consideradas como psicósomáticas, en base a que no existe, aparentemente, una explicación orgánica a la sintomatología que refiere el paciente. Además, debemos tener en cuenta que se encuentra una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con síntomas no explicados por sus enfermedades orgánicas (Creed, Mayou, y Hopkins, 1992).

El segundo paradigma de estudio es aquel que aborda el como un problema de origen psíquico puede afectar a una enfermedad orgánica. En este caso, al existir una enfermedad orgánica, ésta puede complicarse por coexistir con un trastorno psiquiátrico. El estudio de la relación del estado de la enfermedad con los eventos estresantes vividos por el sujeto es muy útil para determinar hasta qué punto estos puede influir en el curso de la enfermedad orgánica del paciente.

El tercer paradigma de estudio es determinar hasta qué punto eventos estresantes o estresores ambientales pueden ser la causa directa del desarrollo de una enfermedad orgánica.

El estrés negativo, fundamentalmente el estrés crónico, afecta directamente a la salud, generando enfermedades o potenciando los efectos de las mismas. El estrés ha sido relacionado, principalmente, con enfermedades coronarias, trastornos mentales, problemas

digestivos, problemas dermatológicos y el debilitamiento del sistema inmunitario (Anisman, 2015).

### 2.6.1 Estrés y sistema inmune

Un individuo que experimenta estrés, sobre todo si este es crónico, puede ver disminuido su sistema inmunitario, y mantener mayores probabilidades de padecer una enfermedad (McGuinness, y Harkin, 2015). Los estresores pueden perturbar aspectos específicos del sistema inmunitario y, por lo tanto, pueden estar asociados al desarrollo de ciertas enfermedades. Su afección a la actividad de las células NK, que son un tipo de linfocito del sistema inmunitario, pueden, potencialmente, aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades virales; la afección a los linfocitos de tipo T y B está asociada con síndromes inmunodeficientes y los trastornos autoinmunes pueden verse agravados si las citocinas inhibitorias no funcionan correctamente (Anisman, 2015). Relacionar un problema de salud con algún acontecimiento estresante es bastante común. Cuando una persona cae enferma busca una razón y si no encuentra nada obvio es relativamente frecuente relacionar el problema con un acontecimiento estresante. Esta relación intuitiva se produce incluso cuando hablamos de personal sanitario. La investigación formal ha confirmado ese nexo de unión que existe entre el estrés y la enfermedad. Los primeros estudios incluían análisis retrospectivos en los cuales los pacientes eran preguntados por

acontecimientos estresantes previos a su enfermedad. Utilizando esta metodología era probable que se produjera un sesgo en el paciente que aumentara la importancia que le daba a los acontecimientos estresantes. A pesar de ello, estudios prospectivos posteriores también confirmaron la relación entre los estresores y la patología (Cohen, Janicki-Deverts, y Miller, 2007).

Entre los problemas que puede causar el estrés a través de su afección al sistema inmune se encuentran los problemas alérgicos. De este modo, el exceso de actividad de algunas partes del sistema inmune como las respuestas a antígenos con inmunoglobina B está relacionado con los problemas de alergia. Este tipo de reacciones han sido consideradas psicosomáticas y pueden tener su origen en factores psicológicos, en una enfermedad médica, o en una mezcla de ambos. Por ejemplo la dermatitis atópica era conocida como neurodermatitis, debido a que era relacionada con las emociones (Peters et al. 2014). Otra enfermedad relacionada con causas psicológicas es el asma infantil. Todas estas alteraciones y enfermedades han sido relacionadas con malestar psicológico previo y estresores vitales.

Los eventos estresantes también favorecen la aparición de enfermedades víricas (Rozlog, Kiecolt-Glaser, Marucha, Sheridan, y Glaser, 1999). Además de los virus, nuestro sistema inmunológico también tiene que lidiar con las bacterias (Segerstrom y Miller, 2004). Tanto los virus como las bacterias se pueden transmitir de una persona a otra por varias vías como son el aire, la comida, el contacto, ya sea

directo o indirecto, o a través de un intermediario, denominado vector (por ejemplo un mosquito que pica a dos personas y transmite un virus de una a otra). Todos estamos en riesgo de contraer algún virus o bacteria, pero aquellos que tienen sus sistemas defensivos mermados tienen una probabilidad mucho mayor para verse afectados por este tipo de agentes patógenos. Pero el estrés no solo aumenta la capacidad de infectarse si no que, los altos niveles de cortisol producidos por el estrés crónico pueden perturbar la capacidad de luchar contra una infección en curso (Fagundes, Glaser, y Kiecolt-Glaser, 2013). En general, el estrés va acompañado de un aumento de la vulnerabilidad y del padecimiento de enfermedades, una recuperación más tardía, y más complicaciones en los casos de infección.

Alrededor de 75 enfermedades son conocidas o se sospecha que son trastornos autoinmunes que se producen cuando el sistema autoinmune se vuelve contra uno mismo, atacando a los órganos o tejidos propios. Este tipo de enfermedades no tienen su origen en estresores, sin embargo, sus síntomas pueden empeorar en caso de que el sujeto esté expuesto a un evento estresante. Por ejemplo, los pacientes con artritis reumatoide atribuyen frecuentemente su enfermedad a eventos estresantes o creen que estos han empeorado sus síntomas. El estrés crónico puede aumentar la producción de IL-6 y disminuir la capacidad de los glucocorticoides de inhibir la respuesta inflamatoria (Anisman, 2015).

## 2.6.2 Estrés y sistema cardiovascular

Las enfermedades circulatorias y cardiovasculares son la mayor causa de muerte a nivel mundial (Mozaffarian et al. 2016). Concretamente, la más común es la enfermedad de las arterias coronarias. Tanto esta alteración, como otras enfermedades cardiovasculares, por ejemplo la hipertensión arterial o los infartos de miocardio, han sido asociadas a la vivencia de experiencias estresantes (Cooper y Marshall, 2013).

Como ya se ha señalado, el aumento de la tasa cardiaca es una de las primeras respuestas fisiológicas que experimenta el organismo ante una situación estresante (Duval et al., 2010). Una vez que el estresor ha desaparecido, la activación del sistema nervioso parasimpático hace que la tasa cardiaca se reduzca recuperando su nivel de reposo. Ocasionalmente, esta respuesta inhibitoria puede ser demasiado fuerte, resultando en una bradicardia que puede producir desmayos, náuseas, sensación de debilidad..., alteraciones altamente comunes. Sensaciones son comunes después de una experiencia estresante súbita. La activación del sistema nervioso simpático va acompañada de un aumento de la presión y de la circulación sanguínea, esta respuesta aumenta el nivel de oxígeno disponible y es fundamental para ayudarnos a enfrentarnos a la situación estresante. A pesar de ello, si esta activación es persistente puede derivar en el desarrollo de problemas del sistema cardiovascular como la hipertensión, la arterioesclerosis o arritmias (Mozaffarian et al. 2016).

Entre los factores de riesgo asociados a las enfermedades coronarias se encuentran el fumar, llevar una vida sedentaria, tener un alta presión arterial, altos niveles de colesterol o el sobrepeso. La mayoría de estos factores de riesgo están asociados a un estilo de vida, algo que nosotros hemos elegido y hemos mantenido a lo largo del tiempo, siendo más o menos conscientes de las consecuencias que podía acarrear esa decisión. Sin embargo, hay otros factores que también aparecen relacionados con las enfermedades cardiovasculares y que no depende de nuestras elecciones, como por ejemplo las experiencias estresantes a las que nos enfrentamos a lo largo de nuestra vida. Las enfermedades coronarias han sido relacionadas con experiencias vitales negativas en la infancia incluida el haberse criado a un ambiente empobrecido, con poco apoyo social, sensación de abandono, etc. Asimismo, ha sido relacionada con factores emocionales como la depresión, ansiedad, ira y hostilidad (Nakamura et al. 2013).

El estrés crónico está muy ligado a las enfermedades coronarias (Steptoe, y Kivimäki, 2013). Esto podría deberse a que el estrés afecta a varias hormonas que pueden facilitar el desarrollo de este tipo de enfermedades. Además los eventos traumáticos súbitos pueden tener consecuencias catastróficas, especialmente en aquellos individuos con un corazón que no esté en buena forma. Después del famoso terremoto de Los Ángeles en 1994, se produjo un aumento del 500% en los fallecimientos por problemas cardiacos (Anisman, 2015).

### 2.6.3 Estrés y desempeño laboral

Del mismo modo que, como hemos descrito, el estrés tiene consecuencias para la salud de las personas que lo experimentan, también afecta a los demás ámbitos, como por ejemplo el laboral. El nivel de estrés al que se vea expuesta una persona en su ámbito laboral y, fundamentalmente, el cómo sea capaz de gestionarlo, va a tener una influencia directa en los resultados y en el rendimiento de trabajo (Ford, Cerasoli, Higgins, y Decesare, 2011). Cierta nivel de estrés, debido a la activación que provoca, será beneficioso para el desempeño, pero un exceso de estrés afectará al resultado y a la productividad.

Es frecuente que los trabajadores refieran sentirse estresados y tensos en su puesto de trabajo. La afección del estrés sobre la salud física y, sobre todo, psicológica está asociada a un pobre desempeño laboral (Ford et al. 2011). Los trabajadores que presentan malestar psicológico aumentan su absentismo laboral (Michie y Williams, 2003) y además recurren con mayor frecuencia a la utilización de recursos sanitarios (Dean, 1997; Schultz, Chen, y Edington, 2009). También, en el ámbito militar, esta relación ha sido investigada, encontrando que soldados expuestos a situaciones de estrés presentan más síntomas depresivos y esta situación afecta significativamente a su desempeño laboral, así como, al absentismo (Pflanz y Ogle, 2006). Todo ello deriva en un perjuicio tanto para la empresa como para la sociedad, teniendo

que asumir ambas importantes costes humanos y económicos. Por lo tanto el análisis y la prevención de los niveles de estrés de los trabajadores debe ser objetivo de cualquier empresa, y más en las Fuerzas Armadas debido a la responsabilidad del trabajo que llevan a cabo, ya que esto repercutirá en una mayor productividad, un menor absentismo laboral y una mayor satisfacción y protección de la salud de los trabajadores.

En los despliegues militares, además de los estresores laborales habituales como puede ser la carga laboral o la relación con los jefes/compañeros, existen una serie de estresores específicos como el estar alejado de la familia, intensas jornadas laborales, condiciones de vida difíciles. Todos ellos serán descritos con mayor detalle más adelante en este trabajo. Pero además de estos estresores existe uno fundamental para comprender y analizar cualquier conducta durante el despliegue: el riesgo. Hemos de tener en cuenta que en situaciones de riesgo o peligro, entendiendo por estas a aquellas situaciones en las que existe un riesgo para la vida de los sujetos o de otras personas, la consecuencias de cometer un error puede ser catastróficas (Delahaij, van Dam, Gaillard, y Soeters, 2011).

Es habitual que en estos ambientes se produzca una demanda súbita de actuación que muchas veces es difícilmente predecible, en cuanto a circunstancias y características, por lo que es difícil que el sujeto pueda anticiparse a dichas demandas limitando su capacidad de actuación y el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas (Driskell



y Salas, 1996). Se ha demostrado que aquellos sujetos que son capaces de utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas y flexibles en estas situaciones de alto estrés, también tienen capacidad de anticiparse a las demandas ambientales (Hancock y Krueger, 2010).

En lo referente al desempeño laboral en situaciones de riesgo, parece ser que perdemos eficacia a la hora de realizar tareas en condiciones de peligro. Por ejemplo, sabemos que la eficacia de un soldado usando su fúsil en una situación de combate real es menor que en una situación de entrenamiento (Baddeley, 2000). En este sentido, Walker y Burkhardt (1965) llevaron a cabo un estudio sobre la eficacia en el uso de armas en diferentes situaciones de combate concluyendo un decremento importante en el desempeño a medida que aumentaban los niveles de estrés de combate. Por supuesto el estrés no era la única variable que influía en el desempeño, otras como la motivación demostraron ser factores mediadores importantes.

Más allá de análisis estadísticos realizados sobre situaciones de combate específicas, lo ideal para conocer el efecto del estrés sobre el desempeño sería el análisis del mismo en situaciones controladas. Lógicamente el campo de batalla es un lugar en el que difícilmente podemos llevar a cabo experimentos controlados. Por ello, algunos autores han realizado experimentos simulando situaciones de peligro reales. Por ejemplo, Berkun, Bialek, Kern y Yagi (1962) hicieron creer a los participantes en su experimento que durante un vuelo el avión había sufrido una avería mecánica. En este momento les solicitaron

varias tareas (por ejemplo una tarea de recordar instrucciones de emergencia). Disponían de unos formularios específicamente diseñados para la situación. Los resultados indican que los sujetos en la situación de estrés cometieron más errores al completarlos que aquellos sujetos del grupo control (Berkun et al., 1962).

Estos mismos autores en un ejercicio táctico dejaron a un soldado en situación de aislamiento en el bosque y le hicieron creer que se encontraba accidentalmente en una zona peligrosa aludiendo diferentes motivos según el sujeto (un incendio, zona de caída, etc.). Todas las situaciones requerían que él estableciera contacto con el cuartel general por radio pero la única radio de la que disponía no funcionaba. Para poder repararla tenía que seguir una serie de instrucciones que fueron cronometradas. En este experimento también se comprobó como la situación de alto estrés influía en el rendimiento (Berkun et al., 1962).

Parece ser que una de las razones por las que las situaciones de peligro afectan al desempeño es porque suelen conllevar un estrechamiento de la atención. Si la tarea a realizar es concreta y permite llevarse a cabo focalizando la atención, puede darse el caso de que el desempeño del sujeto mejore; sin embargo, cuando se trata de una actividad compleja que implica varias tareas y que requiere de la atención periférica, casi con total probabilidad el sujeto tendrá un desempeño peor que en una situación de ausencia de peligro (Baddeley, 2000).

## **2.7 Trastornos relacionados con el estrés en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV (American Psychiatric Association [APA], 2002)**

La etiología de los trastornos mentales ha sido, históricamente, un asunto de debate dentro de las ciencias de la salud mental. La influencia de los factores biológicos y de los factores ambientales no está delimitada todo lo que debiera, si bien es cierto que, teniendo en cuenta la base de conocimiento actual, es innegable la influencia de ambos dentro del desarrollo de los trastornos mentales. Asumimos, prácticamente con unanimidad que, en función del trastorno, la influencia de ambos factores tendrá un peso variable; y no solo dependiendo del trastorno, sino que también las características del sujeto y el entorno serán fundamentales para entender la aparición y desarrollo de la enfermedad abordando la etiología del misma desde un modelo biopsicosocial (Zuckerman, 1999)

Dentro de los factores socioambientales, la presencia de estresores es un dato importante que puede influir prácticamente en la totalidad de los trastornos psiquiátricos. Bien es cierto que hay ciertos trastornos que están más estrechamente ligados a la presencia de estrés en el individuo. En este apartado se van a comentar los principales, atendiendo a la clasificación diagnóstica de la American Psychiatric Association en su cuarta versión revisada (APA, 2002).

Hemos visto en apartados anteriores como la presencia de estrés puede influir en el desarrollo de una enfermedad médica del tipo que sea, debido fundamentalmente al efecto que tiene el estrés sobre el sistema inmune. El DSM-IV-TR propone una evaluación multiaxial dividida en cinco ejes (APA, 2002):

- Eje I: Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental.
- Eje III: enfermedades médicas.
- Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.
- Eje V: Evaluación de la actividad global del individuo.

Como vemos, el manual es consciente de la importancia de los factores ambientales y así lo refleja recogiendo en uno de sus ejes. El estrés puede influenciar el desarrollo de los trastornos, pero existen tres trastornos tipificados que tienen especial relevancia en el estudio del estrés: el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de estrés agudo y el trastorno adaptativo. Esta especial relevancia se debe a que son los únicos trastornos de todo el manual que exigen en sus criterios diagnósticos la presencia de un estresor; es decir, si no existe estresor no puede existir el trastorno, por lo que está determinando una relación directa del estresor con la etiología del trastorno (APA, 2013). Ya no estamos hablando de una mera influencia.

### 2.7.1 Trastorno de estrés postraumático.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) aparece como resultado de una demanda suscitada desde la investigación, la clínica y la opinión pública americana, fundamentalmente a raíz de las secuelas psicotraumáticas de los veteranos de la Guerra del Vietnam. El término estrés postraumático aparece por primera vez en 1980, en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (APA, 1988), y se mantiene en una cuarta versión, que es la que tomamos como referencia en este epígrafe (APA, 2002).

Los criterios tipificados en el DSM-IV para el diagnóstico del TEPT son los siguientes (APA, 2002):

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
  - 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
  - 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. (En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados).

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar. (En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.)
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico.
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador.

- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
  2. Irritabilidad o ataques de ira.
  3. Dificultades para concentrarse.
  4. Hipervigilancia.
  5. Respuestas exageradas de sobresalto.
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Observamos la exigencia, dentro del criterio A, de la presencia de un estresor extremo que precipite la aparición del trastorno.

### 2.7.2 Trastorno de estrés agudo

Trastorno muy ligado al trastorno de estrés postraumático ya que comparte casi la totalidad de sus criterios diagnósticos. La principal diferencia es la temporalidad, el diagnóstico de trastorno de estrés agudo (TEA) se establecerá cuando en el primer mes posterior a la



vivencia un acontecimiento potencialmente traumático, el sujeto presente los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación descritos en el trastorno de estrés postraumático (APA, 2002). Como hemos visto el diagnóstico de TEPT necesita de, al menos, un mes de presencia de síntomas mientras que en el caso del TEA estamos hablando de menos de un mes. Por lo tanto, un diagnóstico de TEA podría derivar en uno de TEPT a partir del mes de presencia sintomatológica activa.

### 2.7.3 Trastorno adaptativo

El trastorno adaptativo (TA) deriva de los problemas que surgen en una persona cuando tiene que enfrentarse a alguna situación estresante. En este caso, a diferencia de los trastornos anteriores (TEA y TEPT), el estresor puede ser un estresor de menor entidad, que no necesariamente conlleve un riesgo para la vida, como por ejemplo una separación, la pérdida del puesto de trabajo, la pérdida de un ser querido... Las personas con este trastorno desarrollan una serie de síntomas cognitivos y conductuales reactivos al evento estresor. La sintomatología normalmente comienza a manifestar dentro de los tres posteriores a la aparición del estresor y no suelen prolongarse más allá de seis meses. En acontecimientos como los descritos (rupturas de pareja, pérdida de seres queridos, etc.) es esperable que la persona manifieste cierto distrés psicológico; no obstante, se habla de trastorno

adaptativo cuando ese malestar es mayor al malestar típico o esperado en esa situación. Además, ese malestar interferirá en el funcionamiento normal de la persona en su ámbito laboral, familiar o social.

Los criterios para su diagnóstico son:

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
  - 1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
  - 2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

El estresante específico causante del trastorno adaptativo puede señalarse en el Eje IV. Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes, pudiendo ser (APA, 2002) con estado de ánimo depresivo; con ansiedad; mixto (esto es, con ansiedad y estado de ánimo depresivo); con trastorno de comportamiento; con alteración mixta de las emociones y el comportamiento; y de tipo no especificado.

## **2.8.Trastornos relacionados con el estrés en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V (APA, 2014)**

La publicación del nuevo manual de diagnóstico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), ha supuesto cambios sustanciales en la tipificación de los principales trastornos relacionados con el estrés.

El primer cambio destacado, y el más llamativo, es la creación de una nueva categoría diagnóstica independiente: Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés (*Trauma and stressor-related disorders*). La inclusión de este epígrafe conlleva la independencia de los trastornos relacionados con experiencias

potencialmente traumáticas de los trastornos de ansiedad, en los que venían siendo incluidos hasta el DSM-IV.

Dentro de este nuevo apartado encontramos los siguientes trastornos (APA, 2014):

- Trastorno de apego reactivo.
- Trastorno de la relación social desinhibida.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años.
- Trastorno de estrés agudo.
- Trastornos de adaptación.
- Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado.
- Otros trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificados.

Esta nueva categoría reconceptualiza el diagnóstico de varios trastornos de relacionados con experiencias traumáticas y estresores ambientales. Así, respecto al diagnóstico del trastorno de estrés postraumático se producen varios cambios (APA, 2014):

- a) Se incluye específicamente la violencia sexual como posible evento traumático que genere un TEPT.

- b) La persona que sufra o presencia el suceso traumático no necesita manifestar una reacción de miedo extremo ante el mismo; algo que sí exigía el DSM-IV para el diagnóstico.
- c) En cuanto a la sintomatología, esta debe manifestarse en cuatro grandes áreas: reexperimentación, evitación, hiperactivación y alteraciones persistentes en la cognición/humor.
- d) Respecto a las especificaciones del trastorno en el DSM-V desaparecen las de agudo/crónico y aparece la especificación *De expresión retardada*, cuando el cumplimiento de todos los criterios diagnósticos no aparece hasta, al menos, seis meses después del evento traumático.

Estas diferencias en los criterios diagnósticos pueden conllevar diferencias a la hora de diagnosticar a una víctima de un hecho traumático, ya que podría darse el hecho de que una persona cumpla los criterios DSM-IV pero no lo del DSM-V o viceversa.

Esta situación ya ha sido estudiada y se ha encontrado una alta correlación diagnóstica entre los criterios de los dos manuales. Pese a esta alta correlación, estudios recientes afirman que la aplicación de los criterios DSM-V supone una pequeña disminución de los sujetos que cumplen los criterios (Crespo y Gómez, 2016; Kilpatrick et al., 2013). Dichas diferencias se basarían, fundamentalmente, a la nueva definición de los criterios C (evitación) y D (alteraciones cognitivas en humor y emociones).

El análisis de las diferencias entre las personas que cumplieron los criterios de DSM-IV pero no los del DSM-V, reveló que éstas eran fundamentalmente víctimas indirectas de un hecho traumático vivido por una persona cercana; sufrían menos respuestas de miedo al evento y eran menos evitativos tanto conductual como cognitivamente. En resumen, los datos indicaron que las víctimas indirectas sin respuestas evitativas no cumplirían los criterios DSM-V (Crespo y Gómez, 2016).

Respecto al diagnóstico de trastorno de estrés agudo (APA, 2014):

- En los eventos traumáticos generadores del trastorno se incluye específicamente la agresión sexual, en este caso habla de violación no de violencia como en el caso del TEPT.
- Respecto a la sintomatología, al menos nueve síntomas de cinco categorías deben estar presentes para el diagnóstico del trastorno: reexperimentación, humor depresivo, disociación, evitación y síntomas de activación.

Por su parte, respecto al diagnóstico del TA en el DSM-V (APA, 2014) pasa a ser entendido como un conjunto de síntomas de respuesta al estrés y no tanto como un diagnóstico residual para formas incompletas de otros trastornos.

Respecto a la sintomatología, no hay grandes cambios. Así, los síntomas responderán a un estresor identificable, dentro de los tres primeros meses de la aparición del mismo.

Como novedad, completan los trastornos asociados al estrés y trauma el trastorno de apego reactivo y el trastorno de relación social desinhibida. Estos trastornos están basados en los subtipos del trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, incluido en el DSM-IV (APA, 2002) dentro del capítulo dedicado a *Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia*. De acuerdo con la APA (2014), ambos trastornos son el resultado del abandono social o falta de cuidados en la infancia. A pesar de que ambos trastornos comparten la misma etiología, difieren en aspectos importantes como en la expresión de los síntomas, uno de carácter más inhibido y depresivo y otro marcado por la desinhibición y expansividad.

Las diferencias incluyen el tipo de reactividad, el curso del trastorno, así como la respuesta a la intervención.

La APA (2014) sugiere que el trastorno de apego reactivo evidencia una falta o una incompleta formación de los lazos afectivos establecidos con los cuidadores. En este trastorno existe un afecto positivo disminuido, el niño expresa felicidad o alegría de una manera restringida.

En el caso del trastorno de relación social desinhibida la APA (2014) propone una relación más cercana con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Puede darse en niños que no necesariamente tienen una falta de apego y se caracteriza por una aproximación activa del niño a adultos extraños.

## 2.9 Estrés de combate

Fuera de las clasificaciones diagnósticas mentales tradicionales, y más encuadrado dentro del marco teórico propio de la psicología y psiquiatría militar, se encuentra el concepto de estrés de combate.

Este concepto hace referencia a la respuesta desadaptativa que se puede producir en algunos sujetos expuestos de forma directa a situaciones de combate. Se estaría hablando de un síndrome neurótico con sintomatología variable (Solomon, 2013). Un sujeto que padece estrés de combate, que se ve superado por la situación, puede presentar síntomas de diversa índole entre los que son habituales: inestabilidad emocional, llanto descontrolado, temblores, inseguridad, falta de concentración, problemas atencionales, apatía, pérdida de confianza, autoestima y autodeterminación, síntomas somáticos, que incluso puede llegar a parálisis motora o pérdidas sensoriales. Como podemos intuir, algunos de estos síntomas, pese a su connotación negativa, tienen una función adaptativa, como por ejemplo el caso de la hipervigilancia que permitirá al militar una detección temprana de las amenazas y favorecerá la respuesta inmediata (Grossman, y Christensen, 2007).

Sin embargo, es cierto que un exceso en la intensidad de estas respuestas o la presencia de las mismas durante más tiempo del que el sujeto sea capaz de soportar, puede derivar en la incapacitación temporal del militar para la realización de sus tareas. Factores como la cohesión de la unidad, la preparación psicológica del sujeto, su



resiliencia, el apoyo social... serán mediadores fundamentales para la estabilidad del combatiente. Esta respuesta de estrés puede producirse tanto de forma repentina, como de forma relativamente insidiosa. Igualmente, puede producirse en base a un hecho concreto por su especial intensidad o carga emocional para el sujeto, o por el desgaste continuado al que los combatientes están sometidos durante los conflictos bélicos (Butterworth, 2015; Rowan, Travis, Shwalb, Isler, Park y Kimura, 2015).

Las características del conflicto van a determinar, en gran medida, la prevalencia de este tipo de respuesta en los combatientes. Aquellas batallas de especial crueldad y virulencia, de elevada intensidad con un alto número de bajas y heridos y que se desarrollan en unas condiciones ambientales especialmente duras, darán lugar a un número mayor de bajas por estrés de combate.

El concepto de estrés de combate está muy relacionado con el trastorno de estrés postraumático al tener una base sintomatológica común y al hecho de que el TEPT tradicionalmente ha estado ligado a las consecuencias de los conflictos bélicos en las personas participantes. Sin embargo, debemos matizar que son conceptos distintos. De hecho, si quisiéramos establecer relación entre el estrés de combate y las clasificaciones diagnósticas actuales, el trastorno que abarcaría de forma más fiable el estrés de combate sería el trastorno por estrés agudo (Figley y Nash, 2011).

En algunas ocasiones, el TEPT vendrá derivado de un fallo dentro del proceso de readaptación del sujeto en Territorio Nacional. Una vez finalizado el despliegue, el sujeto vuelve a su entorno laboral y familiar y su adaptación al mismo requerirá de un proceso más o menos rápido. En condiciones normales, el estrés sufrido durante el despliegue irá remitiendo hasta la completa readaptación del sujeto. Sin embargo, pueden existir casos en los que una especial vulnerabilidad y/o el haber vivido circunstancias especialmente extremas, pueden derivar en que este proceso no se lleve a cabo de forma adecuada. En estos casos la red de apoyo sanitaria debe intervenir para favorecer que el militar supere la situación y finalice con éxito su readaptación.

### **2.10. Evaluación del estrés**

La evaluación del nivel de estrés es una tarea compleja. En primer lugar por las dificultades asociadas a su definición, que ya hemos comentado. Para poder hacer una buena evaluación necesitamos una definición operativa del concepto a medir, por lo que en la evaluación que se lleva a cabo se debe decidir realicemos en un caso de estrés deberemos decidir si nuestra evaluación se centra en las fuentes de estrés, en la respuesta del sujeto, en su capacidad de afrontamiento... o en todas ellas, que será la aproximación más acertada para poder intervenir en un caso particular . Por lo tanto, en una evaluación global de un caso de estrés debemos (Labrador y Crespo, 2003):

- Identificar las fuentes de estrés: sucesos vitales estresantes, estrés laboral, problemas de pareja, problemas relacionales...
- Caracterizar la respuesta del sujeto: observar las respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales. Esta caracterización será fundamental en aquellos casos de los que se deriva una intervención.
- Determinar las posibles relaciones funcionales entre el estresor o los diferentes estresores a los que está sometido el sujeto y su respuesta de estrés.
- Evaluar los factores psicosociales de protección y de riesgo del sujeto.
- Evaluar la capacidad y forma de afrontamiento de las distintas situaciones y comprobar la eficacia del estilo de afrontamiento y de las conductas de respuesta llevadas a cabo.

Esta evaluación global permitirá generar un modelo sobre el caso concreto que estamos evaluando y fijar las hipótesis explicativas de la situación actual que marcarán la pauta de una posible intervención posterior.

Para llevar a cabo la evaluación disponemos de diferentes herramientas, fundamentalmente las entrevistas, la observación y los test psicológicos (Ortega, 2014).

Existen multitud de pautas generales que sirven de orientación para la evaluación de este tipo de casos como por ejemplo la entrevista

clínica centrada en los problemas de estrés de Meichenbaum (1987). También disponemos de entrevistas estructuradas como los diferentes módulos de la *Structure Clinical Interview Disorder/SCID* (Spitzer, Williams, Gibbon, y First, 1992), referentes al diagnóstico de trastornos relacionados con el estrés; entrevistas estructuradas y semiestructuradas para la evaluación de acontecimientos vitales estresantes como por ejemplo el *Psychiatric Epidemic Research Interview*) de Dohrenwend/PERI (Dohrenwend, Askenasy, Krasnoff, y Dohrenwend, 1978) o el *Life Events and Difficulties Schedule/LEDS* (Brown y Harris, 1978).

Otra herramienta importante para la evaluación son los test psicométricos. En la actualidad existen multitud de pruebas, de carácter más general o más específico, que permiten evaluar aspectos relacionados con el estrés. Esta variedad va a permitir seleccionar aquellas que se ajusten más al caso que se ha de evaluar. Para hacer un breve resumen de los principales cuestionarios psicológicos y agruparlos, seguiremos la clasificación de Labrador y Crespo (2003):

*a) Cuestionarios que atienden a las condiciones ambientales generadoras de estrés.*

Este tipo de cuestionarios ayudan a identificar las posibles fuentes de estrés que pueden estar afectando al sujeto, analizando tanto

su parte objetiva como subjetiva. Las áreas de evaluación respecto a las condiciones ambientales son:

*b) Cuestionarios que valoran sucesos vitales estresantes.*

Mediante este tipo de cuestionarios se evalúa el impacto de aquellos sucesos que objetivamente son estresantes, esto es, aquellos acontecimientos que han demostrado generar estrés (mayor o menor) en la práctica totalidad de los sujetos que los experimentan. Dentro de este tipo de sucesos podemos encontrar atentados terroristas, accidentes graves, divorcios, pérdida de familiares, etc. En estos cuestionarios se presenta al sujeto una serie de situaciones estresantes para que identifique aquellas a las que se ha visto expuesto en un periodo de tiempo determinado, además, en la mayor parte de los casos, deberá valorar el impacto que esa situación ha tenido sobre él mismo.

Entre las escalas e instrumentos de evaluación del estrés desarrollados podemos destacar:

- *Las escalas desarrolladas por Holmes y Rahe (1967).* El primer cuestionario que desarrollaron fue el Cuestionario de Experiencias Recientes (*Schedule of Recent Experiences/SER*), que incluía 43 ítems referidos a otros tantos acontecimientos potencialmente estresantes. Posteriormente desarrollaron la Escala de Evaluación del Reajuste Social (*Social Readjustment Scale/SRRS*), en la que

ponderan cada uno de los sucesos vitales estresantes expuestos, que van desde la muerte del cónyuge, el cual obtiene la máxima puntuación, hasta las vacaciones que obtiene el menor valor. El punto medio se estima en 50 y corresponde al ítem referido al matrimonio. La puntuación total obtenida en el test varía en función de los diferentes eventos estresantes a los que el sujeto se ha visto expuesto y, pretende objetivar numéricamente el estrés al que el sujeto se ha visto expuesto. Pese a las críticas recibidas, referidas fundamentalmente a la no distinción de acontecimientos positivos o negativos y a los pesos de los diferentes ítems, este cuestionario ha sido uno de los más utilizados desde su creación.

- *Las escalas desarrolladas por Sarason, Levine, Basham, y Sarason (1983).* Estos autores diseñan el Listado de Experiencias Vitales (*Life Experience Survey/LES*). Consta de 47 ítems que pretenden medir el estrés sufrido por el sujeto durante el último año; además dispone de 10 ítems adicionales para estudiantes. La escala permite obtener la valoración de cada acontecimiento, ya sea este positivo o negativo, y la valoración del impacto del mismo en el sujeto en una escala de 7 puntos.

*c) Cuestionarios que valoran acontecimientos estresantes diarios.*

Estas pruebas pretenden mediar aquellos acontecimientos diarios, de menor entidad, pero que por ser recurrentes pueden suponer, para el individuo una importante fuente de estrés implicándole un gran desgaste a largo plazo. Entre este tipo de escalas se encuentran:

- *La Escala de acontecimientos molestos cotidianos (Daily Hassles Scale/DHS)*, desarrollada por Kanner, Coyne, Schaefer, y Lazarus (1981). Fue desarrollada como alternativa a aquellas escalas que evalúan los grandes acontecimientos estresantes como los descritos en el apartado anterior. Mide las transacciones diarias que resultan frustrantes e irritantes. La DHS permite tener en cuenta un amplio espectro de estresores diarios y proveer evidencia inicial que permite predecir síntomas psicológicos. DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman, y Lazarus (1982), concluyeron que este tipo de estresores era mejores predictores de futuros problemas de salud, fundamentalmente somáticos, que los grandes eventos estresantes.

*d) Cuestionarios que evalúan situaciones de tensión crónica mantenida.*

En esta área se ubican aquellas situaciones específicas cronificadas que suponen una fuente de estrés, como por ejemplo estresores laborales continuos, cuidadores de enfermos, empleados de atención al público, problemas de pareja, etc. Este tipo de situaciones está asociada al concepto de carga, suponiendo que su acumulación conlleva un desgaste. Al igual que cualquier otro estresor esta carga tiene un componente objetivo y uno subjetivo que se verá modulado por las variables del sujeto. Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2002), en el estudio de la carga mental deben considerarse los siguientes factores: cantidad y complejidad de la información que debe tratarse, el tiempo disponible y los aspectos individuales de la persona implicada. Dada la importancia de la especificidad de esta carga, existen cuestionarios específicos para diferentes situaciones, como, por ejemplo:

- *La Escala de Carga del Cuidador* (Zarit, Reeve, y Bach-Peterson, 1980)
- *El Índice de carga de la NASA (NASA - TLX)* de Hart y Staveland, (1988). Este último distingue seis dimensiones de carga mental: esfuerzo, demanda mental, demanda física, demanda temporal, rendimiento y el nivel de frustración.
- Cuestionario de situaciones de estrés de Siegrist (1996). Analiza los balances entre los esfuerzos y recompensas procedentes del trabajo. El cuestionario consta de una primera parte en la que se recogen los datos



sociodemográficos del sujeto; y una segunda referente al esfuerzo y la recompensa profesional basada en el modelo teórico balance esfuerzo-recompensa (Siegrist, 1996).

*e) Cuestionarios que llevan a cabo una valoración cognitiva de los acontecimientos estresantes.*

En este apartado se incluyen las pruebas que evalúan la interpretación que realizan los sujetos de los estímulos estresantes a los que se ven sometidos. Al definir el estrés, hemos hablado de un componente objetivo (que sería la situación o estímulo estresante), y un componente subjetivo, que está basado en la interpretación particular que hace un sujeto del estímulo y que va a ser fundamental para su respuesta de estrés. Entre los cuestionarios más utilizados en esta área se encuentran:

- *La Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale/PSS)*, desarrollado por Cohen, Karmarck, y Mermelstein, (1983). Consta de tres versiones de 14, 10 y 4 ítems.
- *Cuestionario de estrés percibido (Perceived Stress Questionnaire/PSQ)* desarrollado por Levenstein et al. (1993). Se trata de otro cuestionario cuyo uso está muy extendido en la comunidad científica. Consiste en 30 preguntas que el sujeto ha de puntuar según la frecuencia que se dan en su vida desde 1 (casi nunca) a 4 (casi siempre).

Consta también de dos columnas de puntuación, una que corresponde a la puntuación general, referida a la vida habitual del sujeto, y otra a la puntuación reciente, referida al último mes. El PSQ supone una medida de estrés percibido por parte del sujeto que pone énfasis en las percepciones cognitivas más que en estados emocionales. Los estresores presentados pretenden ser lo suficientemente abstractos para aplicarlos a adultos de cualquier edad, sexo o profesión, pero al mismo tiempo, interpretables de manera específica sobre una variedad de situaciones reales.

*f) Cuestionarios que evalúan la activación fisiológica.*

Una manera de registrar la activación fisiológica que se produce en un sujeto cuando se encuentra ante una es la utilización de instrumentos que directamente registren esos cambios a este nivel que experimentan. No obstante, también existen cuestionarios que exploran esa activación, fundamentalmente preguntando al individuo acerca de los síntomas típicos de la activación fisiológica (palpitaciones, sudoración, tensión muscular...). Este tipo de síntomas suelen abordarse a través de las escalas de ansiedad, como por ejemplo el STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) de Spielberg, Gorsuch, y Lushene (1970) o el ISRA (*Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad*) de Tobal y Cano (1986).

g) *Estrategias de afrontamiento.*

Como ya hemos señalado, dentro del estudio global del estrés, otro aspecto fundamental a evaluar y comprender, es el estudio de las estrategias de afrontamiento que utiliza el individuo para manejar los estresores a los que se tiene que enfrentar a lo largo de su vida. El término afrontamiento hace referencia a los esfuerzos, tanto conductuales como cognitivos, que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés (Sandín, 2013). Estas estrategias pueden ser adaptativas o no, por lo que esta evaluación es especialmente relevante y útil desde un punto de vista terapéutico, ya que nos permite analizar las herramientas del sujeto para manejar el estrés a la vez que vemos la utilidad de las mismas. Conocerlas nos permitirá modificarlas y poder entrenar al individuo para dotarle de estrategias de afrontamiento más adaptativas que le permitan reducir su respuesta de estrés.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser evaluadas a través de dos vías: la observación directa de las reacciones del sujeto ante una situación provocadora de estrés (en aquellos casos en que dicha observación sea viable), y la utilización de autoinformes.

Entre los cuestionarios de autoinforme podemos destacar:

- *El Cuestionario de afrontamiento del estrés/CAE* (Sandín y Chorot, 2003). Se trata de un cuestionario de 42 ítems con

cuatro opciones de respuesta, en los que se evalúan diferentes estilos de afrontamiento: focalizado en la solución de problemas, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión.

- *El Inventario de Respuestas de Afrontamiento (Coping Response Inventory/CRI)* de Moos y Moos (1988). Permite evaluar las respuestas de afrontamiento que una persona pone en marcha ante un problema o una situación estresante. Sus ocho escalas incluyen estrategias de aproximación al problema, tales como: análisis lógico, reevaluación positiva, búsqueda de orientación y apoyo y solución de problemas; y de evitación del mismo, como: evitación cognitiva, aceptación o resignación, búsqueda de recompensas alternativas, y descarga emocional.

- *El Coping Orientations to Problems Experienced (COPE)* de Carver, Scheier y Weintraub (1989), adaptado al español por Crespo y Rodríguez (1998). Evalúa las estrategias de afrontamiento ante situaciones que pueden provocar una respuesta de estrés mediante 60 ítems de los cuales se obtienen varias subescalas que se corresponden con las siguientes formas de afrontamiento: búsqueda de apoyo social, humor, religión, refugio en el consumo de alcohol y drogas, planificación y afrontamiento

activo, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, centrarse en las emociones y desahogarse, aceptación, negación, refrenar el afrontamiento, concentrar esfuerzos para solventar la situación, crecimiento personal, reinterpretación positiva, actividades distractoras de la situación y evasión.

- En resumen, la respuesta de estrés implica un fenómeno complejo para cuya evaluación necesitamos una aproximación global que incluya desde las reacciones subjetivas u objetivas del sujeto hasta las características del estímulo, pasando por las estrategias de afrontamiento u otras variables ambientales. Para ello, como hemos podido ver, existen multitud de herramientas psicométricas específicas que permiten evaluar cada área de interés. En función del estudio que estemos llevando a cabo, será necesario centrarnos en uno o varios de estos aspectos, pero siempre teniendo en cuenta que todos son importantes para poder comprender la respuesta de estrés, y todo el proceso que conlleva, en su totalidad.

# **CAPÍTULO 3. PSICOLOGÍA DE LOS DESPLIEGUES MILITARES.**

## **3.1 Estresores asociados a los despliegues militares**

La participación en una misión internacional supone que el individuo se enfrente a una serie de estresores altamente demandantes, que ponen a prueba la capacidad de resistencia y afrontamiento. La fase de despliegue comienza desde que el individuo abandona su país de origen en dirección a la zona de operaciones donde va a llevar a cabo su misión y concluye con su regreso a Territorio Nacional.

Aunque existen estresores previos relacionados con las experiencias y circunstancias particulares de cada persona, así como los inherentes a la fase de preparación del despliegue, en este apartado nos centraremos en los estresores a los que el militar se debe enfrentar durante su estancia en zona de operaciones.

Para analizar estos estresores tenemos que entender lo que supone participar en un despliegue militar: estas operaciones suelen llevarse a cabo en zonas de conflicto o post-conflicto, o en zonas catastróficas si nos encontramos en una misión humanitaria. Eso ya supone que el militar debe gestionar positivamente la alta probabilidad de sufrir un riesgo para su vida o para la de las personas que le rodean,

así como de presenciar escenas y vivir situaciones de extremo potencial traumático.

Los despliegues suelen tener una duración aproximada de seis meses (en el caso del Ejército de Tierra Español). Se trata de un periodo largo de tiempo en el que el individuo debe separarse de su familia y sus seres queridos, así como de muchas comodidades de las que dispone en Territorio Nacional. Este tiempo de separación puede generar preocupaciones sobre la redistribución de tareas, comunicación, educación de los hijos, etc. Además de la añoranza que implica el estar lejos de los seres queridos. Sin duda esto puede ser una fuente de estrés aunque, al mismo tiempo, para aquellos sujetos con estabilidad familiar que son capaces de gestionar de forma adecuada las vicisitudes relativas a la distancia, la familia supone un factor de protección en cuanto al resto de estresores.

Respecto a las tareas a realizar, aunque las funciones en Zona de Operaciones puedan ser las similares que las realizadas en Territorio Nacional, en las Misiones los horarios suelen extenderse, la presión sobre la finalización de ciertas tareas suele aumentar y, en general, el ritmo de trabajo es más alto. El militar vive y trabaja en un recinto cerrado donde convive con sus compañeros. Esta estrecha convivencia, junto con los otros estresores ya mencionados, aumenta las probabilidades de que aparezcan conflictos y problemas relacionales. Los estresores derivados de las relaciones personales pueden venir tanto de la relaciones personales negativas como de la ausencia de relaciones

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

personales positivas y el apoyo social (Street, Vogt, y Dutra, 2009) Sin embargo, tal y como ocurre con las relaciones familiares, la percepción de apoyo por parte de los compañeros, el positivo ejercicio del mando y la cohesión de la unidad aumentarán el bienestar del soldado (Griffith, 2002). La cohesión entre los miembros de una unidad disminuye la posibilidad de que los militares desplegados desarrollen sintomatología postraumática (Brailey, Vasterling, Constans, y Friedman, 2007).

Otro aspecto importante será la legitimidad de la acción. El soldado desplegado necesitará atribuir un significado positivo tanto a sus tareas como a la misión en su conjunto. La percepción de utilidad acerca de la misión encomendada será un factor fundamental para la buena adaptación psicológica del personal desplegado. Bartone, Adler y Vaitkus (1998) establecieron mediante un estudio con personal desplegado norteamericano las dimensiones del estrés al que se veía sometidos los militares participantes en misiones internacionales (Ver Tabla 1).



**Tabla 1.**

*Dimensiones del estrés psicológico y medidas preventivas en operaciones de mantenimiento de la paz. (Adaptado de Bartone, Adler y Vaitkus, 1998).*

<b>RESPUESTA PREVENTIVAS</b>	<b>ESTRESORES</b>	<b>MEDIDAS</b>
<b>Aislamiento</b>	Localizaciones remotas. Obstáculos en la comunicación. Unidades de nueva configuración. Problemas con la familia.	Dar información precisa para generar expectativas realistas. Charlas de personas que ya han participado en la misión. Ejercicios para cohesionar los equipos. Apoyo a las familias.
<b>Ambigüedad</b>	Misiones no claramente definidas. Confusiones en la cadena de mando. Ambigüedad de rol.	Definir la misión con claridad. Favorecer las reuniones donde se resuelvan dudas. Clarificar la cadena de mano.
<b>Impotencia</b>	Limitaciones por las reglas de enfrentamiento. Limitaciones de movimiento y acción. Otras culturas y lenguas. Exposición al sufrimiento.	Explicación de las Reglas de enfrentamiento (ROE's) Clases sobre la cultura y la lengua del país donde se va a desplegar. Facilitar el acceso a los bienes y servicios.
<b>Hastío/Aburrimiento</b>	Rutinas monótonas. Falta de significado en el trabajo. Sobredependencia del trabajo rutinario.	Programas de entrenamiento creativo. Programas de intercambio con otras fuerzas. Programas de autodesarrollo y educacionales. Actividades Cívico-Militares (CIMIC).

<b>Amenaza/peligro</b>	Amenazas para la vida. Exposición a la muerte.	Dotar a los soldados de un buen equipo. Briefings periódicos sobre la amenaza.
------------------------	--	---

### 3.2 Estresores asociados al despliegue

La participación en un despliegue militar es una actividad altamente estresante y unas de las más exigentes para el bienestar mental del personal desplegado y de sus familias. Cuando se pregunta a un soldado sobre sus experiencias en misiones internacionales y sus repercusiones, es habitual que este responda que ha sido una experiencia que le ha cambiado de una u otra manera, que le ha marcado, o que le hace ver la vida de otro modo; sobre todo las personas que han vivido de primera mano experiencias de combate. Pese a que un despliegue militar es una situación altamente exigente, debemos señalar que la mayor parte de los sujetos que participan en misiones internacionales, incluso aquellos que han sido expuestos a situaciones potencialmente traumáticas, no necesitarán ningún tipo de ayuda profesional para gestionar positivamente las consecuencias de las experiencias que han vivido. Lo normal es que sean capaces de gestionarlo por sí mismos con el apoyo de sus compañeros y su familia (Jetly, 2011).

El abordaje científico de las consecuencias psicológicas de los despliegues militares ha sido llevada a cabo, fundamentalmente por

Estados Unidos, siendo el país que mayor número de estudios ha aportado (Hu, Zang y Wang, 2015; Magruder y Yeager, 2009; Murthy y Lakshminarayana, 2006). El *Walter Red Army Institute*, principal organismo sanitario del Ejército de Tierra Norteamericano, recolectó una serie de ensayos de militares que acababan de regresar de una misión de combate. Su análisis permitió comprobar como los soldados hacían referencia a este cambio y, al mismo tiempo, manifestaban la necesidad de seguir hacia adelante (Hoge, Castro y Eaton, 2006). Históricamente ha sido un foco de estudio muy interesante en el cual se han generado diversos avances en el estudio de la psicopatología humana (Berrios, 1996).

La investigación para evaluar el impacto que tiene la participación en conflictos bélicos ha sido muchas veces realizada años después de la vuelta a casa (Kang, Natelson, Mahan, Lee, y Murphy, 2003; Prigerson, Maciejewski, y Rosenheck, 2002), con la excepción de las Guerras de Irak y Afganistán, en las cuales el departamento de defensa de los Estados Unidos ha promovido la investigación en salud mental desde el principio de los conflictos con el objetivo de promover la salud y el bienestar de los participantes (Hu et al., 2015). Estas guerras han proporcionado datos muy importantes sobre el impacto que tiene el combate en la salud mental de los participantes. Esta valiosa información permite el desarrollo de nuevas medidas de prevención y estrategias de intervención que permiten preservar la salud mental de los soldados. Uno de los mayores desafíos futuros es el desarrollo de

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

tratamientos basados en la evidencia y específicos para trastornos mentales derivados de los conflictos bélicos.

Afganistán e Irak han sido las mayores y más duraderas operaciones militares en que ha participado Estados Unidos desde la Guerra de Vietnam. Uno de los primeros indicadores de lo peligrosos que podían ser estos despliegues para la salud mental de los militares norteamericanos fue la tasa de suicidios y homicidios que se produjeron en *Fort Bragg* entre soldados que habían participado en las primeras operaciones en Afganistán. Una investigación epidemiológica relacionó estos acontecimientos con el estrés laboral del despliegue militar combinados con los problemas de pareja. En respuesta a lo ocurrido el Departamento de Defensa de los Estados Unidos creó, en el año 2003, el Programa de apoyo al ciclo del despliegue (*Deployment Cycle Support Programme*) que pretendía abordar los problemas de salud mental relacionados con el despliegue y asegurar que aquellos que eran repatriados por sufrir situaciones altamente estresantes, ya fueran directamente relacionadas con el servicio o en el ámbito familiar, habían de ser evaluados psicológicamente y atendidos a su llegada a territorio nacional. Para llevarlo a cabo implementaron el PDHA (*Post Deployment Health Assessment*), una prueba de screening que evalúa trastornos mentales como el trastorno de estrés postraumático o la depresión, teniendo en cuenta otras variables relacionales como los problemas matrimoniales o de pareja. Debido a la necesidad de una respuesta urgente al problema percibido, el programa PDHA fue

aplicado de manera urgente y sin validación previa de los ítems, para evaluar a los integrantes de la primera rotación en Irak. Para subsanar este problema la evaluación después de la implementación se convirtió en una prioridad.

Las estrategias de promoción de la salud deben estar basadas en estudios epidemiológicos. Los métodos epidemiológicos son utilizados para definir el alcance de una enfermedad y los diferentes factores de riesgo y de protección en los cuales debe centrarse la intervención y la prevención. También servirán para medir los resultados de las políticas y medidas de intervención tomadas para intervenir sobre la salud mental.

Los métodos epidemiológicos utilizados en las Guerras de Irak y Afganistán incluyen encuestas, evaluación de programas y estudios de utilización de los servicios de salud. Las encuestas sobre muestras representativas del personal militar desplegado han sido utilizadas para evaluar la prevalencia, los factores de riesgo y predictores de trastornos mentales. Las encuestas han combinado análisis clásico epidemiológico de patrones de expresiones de enfermedades con técnicas de evaluación psicológica. Esta integración ha permitido el análisis de variables moderadoras como el liderazgo o la cohesión de la unidad y la importancia que tienen en el desarrollo posterior de trastornos mentales (Ciarleglio et al., 2018; Creech, Swift, Zlotnick, Taft y Street, 2016; Lane, Hourani, Bray, y Williams, 2012; Ramchand, Rudavsky, Grant, Tanielian y Jaycox, 2015).

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

Uno de los estudios epidemiológicos más importantes relacionados con el impacto sobre la salud mental derivado de estos dos recientes conflictos es el *Land Combat Study*, realizado por el *Walter Reed Army Institute of Research* (WRAIR), realizado a comienzos del año 2003 justo después del inicio de la Guerra de Irak. Este estudio vino derivado de las causas que hasta ahora hemos comentado. Para la realización de este estudio el Ejército de Tierra Norteamericano desplegó dentro de sus unidades operativas a psicólogos militares. Ya durante la Guerra del Golfo, Estados Unidos había desplegado equipos de psicólogos encargados de evaluar el bienestar psicológico de la fuerza operativa durante el despliegue y en la fase de post-despliegue (Gifford, Marlowe, Wright, Bartone, y Martin, 1992; Martin, Vaitkus, Marlowe, Bartone, y Gifford, 1992; Stretch, Marlowe, Wright, y Bliese, 1996). Estos equipos también participaron en las operaciones *Just Cause* en Panamá en 1989; *Restore Hope* en Somalia, 1993; *Uphold Democracy* en Haití, 1994; y en los diferentes conflictos de los Balcanes durante los años 90.

El *Land Combat Study*, se basó en la aplicación de una batería de test psicométricos a a muestras representativas de brigadas de infantería antes, durante y después de sus participaciones en las misiones de Irak y Afganistán. Esta batería incluía pruebas validadas, cuyo objetivo era evaluar psicopatología relacionada con depresión, sintomatología postraumática y otro tipo de problemas mentales. Además, también recogían información sociodemográfica, así como de

otras variables que, a priori, podían tener relación con el impacto causado por la misión como: el liderazgo, la cohesión de la unidad, las experiencias de combate, el funcionamiento familiar... Otra novedad fue la inclusión de medidas acerca de otro de los problemas foco de estudio dentro de la Psicología Militar: el estigma y el uso de los servicios de salud mental militares.

En el año 2004 se publicaron los primeros datos del estudio en la revista *New England Journal of Medicine* (Hoge et al., 2004). Estos resultados tuvieron una gran repercusión mediática, lo que derivó en un aumento de la inversión en salud mental por parte del Departamento de Defensa norteamericano. El cuidado de la salud mental de las tropas estadounidense pasó a ser una prioridad nacional. Los resultados indicaban que, después de 3 y 4 meses de su regreso de Irak, entre el 12 y el 20 % de los soldados de unidades de combate cumplían criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Menos de la mitad de los encuestados con problemas mentales afirmaron haber recibido ayuda profesional (Hoge et al., 2004). Artículos publicados con posterioridad, basados en este estudio, también mostraban resultados interesantes relacionados con el estigma que sufre la atención en salud mental dentro del ámbito militar (Brown, Creel, Engel, Herrell y Hoge, 2011; Kim, Thomas, Wilk, Castro y Hoge, 2010). Después de la publicación del estudio de Hoge et al. (2004) otros han encontrado prevalencias similares dentro de la población militar estadounidense (por ejemplo, Fulton et al. 2015; Smith et al. 2017).

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

Las ratios obtenidas en población inglesa han sido distintos, diferentes estudios no encuentran diferencias significativas entre personal desplegado y personal no desplegado (Forbes, Fear, Iversen, y Dandeker, 2011; Hotopf et al., 2006) en cuanto a salud mental. Incluso las tasas sobre problemas en salud mental que se encontraron fueron similares o inferiores a las de la población general inglesa. Sin embargo, se halló una relación significativa entre la participación en una operación militar y el abuso de alcohol. Además, añade otras conclusiones interesantes, como que la asociación entre el número de despliegues en los últimos tres años y los problemas en salud mental son menos consistentes que la relación entre este tipo de problemas y la duración del despliegue (Rona et. Al., 2007). Ese dato proporciona una clave importante para el estudio de las consecuencias psicológicas de las operaciones militares. Así, si logramos establecer un tiempo óptimo de permanencia en zona de operaciones podremos reducir el número de problemas relacionados con la salud mental, pudiendo ser más importante este tiempo de permanencia que el número de despliegues. Es decir, podría ser, atendiendo a criterios de salud mental, menos perjudicial desplegar a un militar tres veces en tres años pero un número de meses determinado que desplegarlo una sola vez un tiempo excesivo. Por lo tanto va a ser clave, para el futuro de la Psicología Militar Operativa, en sus labores de prevención, poder determinar el número de meses óptimo que reduzca el impacto de la experiencia en la salud mental del militar desplegado.



Los diferentes estudios han mostrado de manera consistente que el número y la intensidad de las experiencias de combate durante un despliegue tienen una importante correlación con el TEPT y otro tipo de problemas mentales (Karstoft, Armour, Elklit y Solomon, 2015; Renshaw, 2011; Vogt et al. 2011)

Otra iniciativa importante en el campo de la salud mental dentro del Ejército de los Estados Unidos fue la implementación de los *Mental Health Advisor Team* (Equipos de asesoramiento en salud mental). Siguiendo la estela del *Land Combat Study*, estos equipos fueron desplegados con las diferentes unidades intervinientes en Irak y Afganistán y tenían como misión evaluar y velar por la salud mental de los militares, fundamentalmente en las unidades de infantería. De la actuación de estos equipos se han derivado interesantes informes anuales desde el año 2003, siendo el último publicado el del año 2013 (Mental Health Advisor Team 9 [MHAT 9], 2013).

El MHAT 9 ha encontrado que entre el 15% y el 20% de los soldados desplegados en una brigada de combate cumplen criterios del TEPT (Trastorno de estrés agudo dentro de la operación) o de depresión, y el 20% de los soldados casados refirieron problemas durante el tiempo de la misión con sus respectivas parejas. También demostraron que factores como los despliegues continuos, la longitud del despliegue y el tiempo de despliegue empleado en operaciones fuera del campamento base correlacionaban positivamente con las tasas de prevalencia del TEPT, la depresión y los problemas de pareja.

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

Como consecuencia del trabajo del MHAT 9, el Ejército Estadounidense revisó su doctrina para el estrés derivado de las operaciones y el combate (*Combat and Operational Stress Control*; “COSC”). Se formó mediante esta doctrina a todos los profesionales de la salud mental desplegados en Irak y Afganistán y se usaron los datos del MHAT 9 para calcular el número apropiado de estos profesionales que debería ser desplegado. Según sus cálculos la ratio óptima de profesionales de la salud mental que deben ser desplegados en el teatro de operaciones es de 1 por cada 1000 militares. Este es la ratio aproximada que a día de hoy tiene el Ejército Español. Los resultados de estas medidas llevaron a un incremento de la inclusión de profesionales de la salud mental en las unidades operativas (Breitbach, Rabinowitz y Warner, 2018; Russell y Figley, 2017).

Los resultados del MHAT 9, unidos al *Land Combat Study*, contribuyeron al desarrollo de un programa de entrenamiento para el fortalecimiento psicológico del personal que va ser desplegado al que se llamó *Battlemind* (Castro, Hogue y Cox, 2006). Este entrenamiento fue diseñado para prevenir problemas de salud mental promoviendo las destrezas y fortalezas que los soldados demostraban en situaciones de combate que les ayudan a sobrevivir. Este entrenamiento trata de normalizar el proceso de transición e identificar métodos mediante los cuales los soldados se puedan evaluar a sí mismos y a sus compañeros e identificar signos que adviertan de la posibilidad de necesitar asistencia profesional. Uno de los objetivos principales es reducir el

problema del estigma. En este sentido es básico conseguir que el militar vea la posibilidad de requerir asistencia de un profesional de salud mental tan normal como la de recibir asistencia médica.

Pero la asistencia psicológica en el caso de Estados Unidos no sólo se centra en la prevención y en la intervención sobre el terreno, también está prevista la intervención post-despliegue. En 1996 por primera vez se implantó una evaluación de problemas de salud mental posteriores a los despliegues militares después de la operación militar de Estados Unidos en Bosnia. A pesar de que estas evaluaciones no se renovaron en los siguientes despliegues en Kosovo, se siguieron aplicando a petición de los mandos militares. La experiencia adquirida en los Balcanes desembocó en el desarrollo y posterior implantación del programa PDHA (*Postdeployment Mental Health Screening Program Evaluation*) (Adler, Wright, Huffman, Thomas, y Castro, 2001; Wright et al., 2005).

Este programa fue implantado el abril del año 2003, un mes después del inicio de la operación terrestre en Iraq. Al principio generó controversia debido a la aparente falta de evidencia en sus bases. Las iniciativas de investigación descritas con anterioridad y los cambios producidos en el cuidado de la salud mental durante las Guerras de Irak y Afganistán proporcionaron datos fundamentales para el programa PDHA (Hoge et al. 2015). La primera iniciativa comparó los resultados de la prueba de screening completada por los soldados inmediatamente después de su regreso con los resultados obtenidos por estos mismos en

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

una segunda evaluación realizada entre 3 ó 4 meses después. Los resultados mostraron que las quejas relacionadas con problemas de salud mental se incrementaron entre 2 y 5 veces durante este periodo, lo que llevó a la conclusión de que la aplicación del PDHA inmediatamente después del retorno no era una medida óptima (Bliese, Wright, Adler, y Thomas, 2007). Los datos fueron enviados al Departamento de Defensa antes de ser publicados lo que condujo a la orden por parte de este Departamento de ampliar el programa PDHA y añadir una segunda evaluación, el PDHRA (*Postdeployment Health Reassessment*), que se aplicaría entre 3 y 6 meses después de la vuelta a casa una vez finalizado el despliegue.

Una segunda investigación permitió la validación de las preguntas incluidas tanto en el PDHA como en el PDHRA, mediante la comparación de los resultados de la encuesta con los resultados de entrevistas clínicas estructuradas realizadas por profesionales ajenos a este programa (Bliese, Wright, y Adler, 2005; Bliese, Wright, Adler, y Cabrera, 2008). Los resultados demostraron que la validez de las preguntas del PDHA era comparable a la de otros instrumentos de screening para la detección de problemas de salud mental estandarizados y condujeron a una mayor especificidad en cuanto a la puntuación del instrumento, incluyendo una guía de entrevista para clínicos (Bliese et al., 2008).

Un tercer estudio consistió en la evaluación de una cohorte de cerca de 90.000 soldados que habían completado tanto el PDHA como

el PDHRA (Milliken, Auchterlonie, y Hoge, 2007). Los resultados del PDHA fueron relacionados con información como la utilización de servicios de salud mental o los resultados del PDHRA completado 6 meses después de la aplicación del PDHA. Uno de los hallazgos más importantes de este estudio longitudinal fue que los soldados en la reserva mostraban puntuaciones más altas en preocupaciones sobre la salud, tanto mental como física, que sus compañeros en activo. Ambos mostraron tasas similares en la primera evaluación por lo que se entendía un nivel de resiliencia similar; sin embargo, seis meses después las puntuaciones de los soldados en la reserva activa se disparaban (Milliken et al., 2007). La explicación más probable fue la expiración del seguro médico de los soldados en reserva, además de otros factores como pudieran ser la cohesión de la unidad y el apoyo después de la reintegración en territorio nacional. Como consecuencia de estos resultados se extendió la asistencia sanitaria para estos militares (Milliken et al., 2007).

Pese a lo expuesto, existen multitud de factores que contribuyen a la dificultad para demostrar la eficacia de las evaluaciones de screening post-despliegue en la reducción del impacto sobre la salud mental que tiene este tipo de experiencias. Entre estos factores se encuentran (Hoge, 2011):

- El bajo valor predictivo de los instrumentos de screening utilizados en muestras poblacionales.

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

- El alto número de problemas de salud médicos y de salud mental que se presentan de forma comórbida con el TEPT.
- La baja o moderada efectividad de algunas modalidades de tratamiento del TEPT.

Como ya hemos señalado, los estudios epidemiológicos sobre salud mental resultan fundamentales para definir la envergadura de los problemas de salud militar en la población militar. Su estudio permitirá la creación de prioridades a la hora de desarrollar líneas de investigación e intervención, además de establecer objetivos para medir el impacto de las medidas preventivas, o de intervención, llevadas a cabo.

De los estudios realizados por el Ejército Norteamericano en las Guerras de Irak y Afganistán Hoge (2011) extrae algunos principios:

- a) Las evaluaciones deben realizarse lo más próximas en el tiempo posible con respecto a la exposición. En los casos de Iraq y Afganistán esto ha supuesto el despliegue de equipos de salud mental junto a las unidades de la Fuerza.
- b) La utilización de herramientas de evaluación estandarizadas supone un pilar básico de la investigación epidemiológica.
- c) La investigación debe centrarse en cuestiones relevantes para las políticas y programas organizacionales. Por ejemplo los datos obtenidos en las anteriores investigaciones han sido utilizados para medir la efectividad de las evaluaciones

postdespliegue, para generar mejoras, y para identificar nuevo objetivos a la hora de establecer intervenciones efectivas.

- d) La investigación epidemiológica es una plataforma crítica para el establecimiento de prioridades de la organización y para el desarrollo de nuevas intervenciones.

Diferentes estudios longitudinales (Engelhard, 2009; Hoge et al., 2004; Pérez y Rodríguez, 2011; Rona, Fear, Hull, Greenberg, y Earnshaw, 2007) han comparado el impacto de la participación en los despliegues militares, realizando evaluaciones sobre salud mental a los participantes antes de comenzar el despliegue y repitiéndolas después del despliegue, con el propósito de analizar el impacto que tiene el despliegue en el individuo. Los resultados de estos estudios permiten entender cómo afecta la participación en diferentes misiones a los sujetos desplegados. Sin embargo, el número de estudios que analiza cómo es la evolución de la salud mental del personal durante el propio despliegue es mucho menor, aunque no menos interesante, ya que podría proporcionar pruebas importantes sobre cuál sería el tiempo óptimo de despliegue.

Como hemos podido comprobar a partir de los diferentes estudios comentados, parece que la experiencia de participar en una operación militar, sobre todo en escenarios tan exigentes como Irak o Afganistán, no es una experiencia inocua para el individuo (Godfrey et al. 2015; Kimbrel et al., 2015; Vogt et al., 2017). Estudios previos,

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

como los diversos informes presentados por el MHAT 9 (2013), unidad multidisciplinar centrada en el estudio de la salud mental del personal de las Fuerzas Armadas estadounidenses desplegadas, relacionan un mayor tiempo de despliegue con una mayor presencia de problemas relacionados con la salud mental (MHAT 9, 2013). Dos variables resultan fundamentales a la hora de estudiar las consecuencias y parecen tener una influencia directa en los posibles problemas de salud mental: el número de despliegues y el tiempo de permanencia en zona de operaciones, pudiendo ser este último más determinante que el primero (Rona et al., 2007). Entre las afecciones principales derivadas de la participación en operaciones militares fundamentalmente se encuentran (Hoge, Auchterlonie, y Milliken, 2006) los trastornos de estrés postraumático, el abuso del alcohol y drogas, problemas familiares, fundamentalmente maritales, y otros problemas de ansiedad.

#### **3.3 Estudios en el Ejército Español**

Los estudios sobre el terreno acerca de las consecuencias psicológicas de los despliegues militares de las Fuerzas Armadas Españolas son escasos. En la actualidad, España despliega con sus tropas un psicólogo solo en aquellos casos en los que el número de personal participante es razonablemente amplio (un mínimo de unas 500 personas aproximadamente). La experiencia en conflictos bélicos de los psicólogos militares españoles pasa, fundamentalmente, por las



tierras de Bosnia, Kosovo, Afganistán y Líbano. Estas grandes ocupaciones tácticas contaban con, al menos, un psicólogo dentro del Equipo de Apoyo al Mando, el cual se encargaba de la prevención en salud mental, la evaluación y asistencia y, en definitiva, el asesoramiento al Jefe del contingente en aquellos asuntos que entraban dentro de su competencia.

Pese a que, como hemos destacado, los estudios sobre el impacto psicológico del personal desplegado son escasos, sí contamos con algunas experiencias destacadas. Así Macías y Trujillo realizan un estudio con los 1300 militares españoles desplegados en Irak dentro de la Brigada Internacional Plus Ultra I, en el que evaluaron los niveles de estrés previos y referidos al despliegue, las estrategias de afrontamiento y las consecuencias del estrés (Macías y Trujillo, 2007). En cuanto a los niveles estrés concluyen que el 5.4% de los participantes en la Operación valora la misma como nada o poco estresante, el 12.7% como estresante, y el 81.8% de los participantes valoran y perciben la situación como bastante o muy estresante. Respecto a los efectos de ese estrés un alto porcentaje de la población estudiada (71.8%) afirma fumar y/o beber en exceso, encontrando también altos porcentajes en sintomatología de tipo ansioso: ansiedad (70.9%), aumento de la tensión muscular (66.4%) y nerviosismo (60%). Se produce también un aumento de síntomas somáticos como los dolores gástricos (57.3%) y un aumento de la irritabilidad (50.9%).

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

En el año 2005, Pérez y Rodríguez inician un estudio con el personal desplegado en Bosnia-Herzegovina. Para la realización del mismo utilizan el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo/STAI de Spielberger (1983), formado por dos escalas independientes que miden la ansiedad como rasgo y la ansiedad como estado. El cuestionario fue aplicado a un total de 168 militares en dos momentos temporales: un mes antes de su despliegue en Bosnia y justo antes de volver a territorio nacional, después de haber permanecido cuatro meses en la zona de conflicto. Los resultados indican una elevación significativa de la ansiedad-estado mientras que la ansiedad-rasgo se mantuvo estable, por lo que concluyeron que la experiencia vivida había alterado sus niveles de ansiedad.

Estévez (2012) llevó a cabo un estudio en el año 2008 en el que evaluó la sintomatología general, los estresores y los factores de protección y vulnerabilidad del personal desplegado en Kosovo. Para su estudio se realizaron dos evaluaciones a una muestra de 100 militares: la primera a los 15 días de llegar al teatro de operaciones y la segunda a los 4 meses de permanencia. Los resultados permitieron concluir, respecto a la influencia de la misión en la salud mental de los militares desplegados, que:

- 1) Los estresores de la misión tienen un origen laboral y social.
- 2) Después de la misión aumentan levemente los síntomas en general y de forma más significativa los relativos a la depresión mayor y al trastorno delirante.

- 3) Los trastornos de personalidad se mantienen estables antes y después de la misión, siendo los más frecuentes el dependiente el histriónico y el narcisista.
- 4) Después de la misión, la sintomatología postraumática se encuentra relacionada con la depresión, y el abuso de alcohol y con los trastornos de personalidad autodestructivo, límite y esquizotípico.

### **3.4 Intervención psicológica en Misiones Internacionales del Ejército de Tierra Español.**

Desde que España comienza a participar en misiones internacionales, el Ministerio de Defensa rápidamente advierte sobre la necesidad y utilidad del servicio de psicología de los Ejércitos (Ministerio de Defensa, 2000). Dentro del ámbito del Ejército de Tierra, los oficiales psicólogos del mismo han participado de una forma u otra, en uno o varios momentos del despliegue, en todos los escenarios: Bosnia, Kosovo, Afganistán, Irak, Líbano, Albania, Sumatra... Esta amplia trayectoria ha permitido el desarrollo de un modelo de intervención en las tres fases del despliegue (Donoso, 2008, 2012; Escribano, 1998; Martínez-Sánchez, 2014; Montero, 1997; Núñez, 1997)

Las intervenciones del servicio de psicología se suelen realizar en varios momentos del despliegue, generalmente, antes del mismo (en

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

aquellos casos en que se estima que el oficial psicólogo debe ser desplegado), también durante el mismo, y después del mismo.

Las misiones internacionales que debe desempeñar el Ejército de Tierra son de diversa índole y entidad: de mantenimiento de la paz, de asesoramiento, misiones humanitarias, etc. Todas ellas son realizadas por una agrupación táctica en la que el número de personal implicado oscila en función de la misión encomendada, pudiendo variar desde los 100 participantes hasta más de 1000 en los contingentes más grandes. Para cada misión se decide el número y composición de la agrupación táctica, con el objeto de poder cumplir los objetivos encomendados de la manera más eficiente. Teniendo en cuenta lo expuesto, la inclusión de un oficial psicólogo dentro de la agrupación se producirá cuando para las funciones específicas del contingente se considere especialmente relevante (misiones humanitarias, intervención en catástrofes...), o en grandes agrupaciones en las que se encuadre un equipo de apoyo al mando dentro del cual se incluye el equipo de apoyo psicológico formado por uno o más oficiales psicólogos (normalmente en agrupaciones con un número igual o superior a 500 personas).

En las agrupaciones tácticas que cuenten con oficial psicólogo, será este el encargado de realizar todas las intervenciones en las diferentes fases del despliegue (antes, durante y después); mientras tanto, aquellos contingentes que no disponen de psicólogo, recibirán el apoyo necesario en las diferentes fases (en este caso fundamentalmente

en la fase previa y en la fase posterior al despliegue) por parte del psicólogo de la unidad generante de la agrupación táctica u otro que se designe específicamente a tal efecto.

### **a) Intervenciones antes del despliegue**

Las funciones principales del oficial psicólogo en la fase previa al despliegue están encuadradas dentro del marco de la prevención y, por tanto, su objeto será disminuir los posibles problemas psicológicos que puedan prevalecer durante el despliegue y que pueden entorpecer el desempeño de la misión encomendada.

Para llevar este objetivo a cabo, en primer lugar, el oficial psicólogo debe evaluar a todo el personal del contingente mediante una prueba de adaptación desarrollada específicamente a tal efecto. Todo el personal militar que despliega en una zona de operaciones debe tener apto un reconocimiento médico y psicológico. El resultado de la prueba de adaptación podrá ser: apto, no apto o no apto parcial; los casos no aptos parciales deberán ser resueltos mediante una entrevista y evaluación particular posterior que derivará en un apto/no apto para la participación en la misión. Por lo tanto, el test aplicado ejerce de filtro para seleccionar aquellos casos en los que una evaluación individual debe ser realizada.

Una vez generada la agrupación, ésta tiene unas fases de preparación específicas y previas al despliegue durante

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

aproximadamente seis meses, dentro de estas fases destacaremos la fase de concentración, que suele situarse en un periodo aproximado de un mes y justo antes del despliegue. En esta fase todos los miembros de la Agrupación Táctica se concentran en una base en Territorio Nacional para ultimar su preparación de cara al despliegue. En esta fase el psicólogo tendrá un papel importante dentro de su función preventiva, ya que normalmente utiliza este periodo de concentración para impartir diferentes conferencias y talleres que ayuden al personal militar y a sus familiares a afrontar la misión de la manera más óptima posible. Estas conferencias y talleres suelen estar relacionados con la salud mental (fundamentalmente medidas de prevención e higiene mental), consejos sobre cómo comunicarse y manejar la relación a nivel familiar, manejo de expectativas, herramientas de afrontamiento, etc.

#### **b) Intervenciones durante el despliegue**

En aquellas misiones que dispongan de un oficial psicólogo encuadrado dentro del grupo táctico, este se hará cargo de una serie de funciones fundamentales para el bienestar psicológico de los miembros del contingente. Entre ellas podemos destacar la continuidad de la función preventiva, que forma un continuo desde el trabajo diario en las unidades, pasando por la especificidad e intensidad de las tareas realizadas por el psicólogo durante la fase de concentración y que, como no podía ser de otra manera, continúa durante el despliegue. Durante el

mismo el psicólogo utilizará diferentes herramientas para mantener la difusión de información preventiva de carácter psicológico: conferencias, meetings, talleres, difusión mediante carteles, trípticos, páginas web... Los temas centrales a tratar suelen estar relacionados con la salud mental, la comunicación con la familia, la seguridad vial, la higiene del sueño, la atención, etc. Todos ellos de contrastada importancia tanto para el desarrollo de la misión como para la salud mental del personal desplegado. Una correcta adaptación psicológica durante la misión no solo permitirá al militar desplegado el cumplimiento de la misma, sino que también prevendrá la posible aparición de problemas psicológicos posteriores, en el proceso de readaptación en el retorno a territorio nacional una vez finalizado el despliegue.

Otra tarea llevada a cabo por el psicólogo desplegado es la atención psicológica de todo aquel personal que lo necesite. El psicólogo dispone de un espacio y todo aquel que lo necesite puede acudir y solicitar una cita. Las consultas más habituales tienen que ver bien con problemas familiares derivados de la distancia, o bien con problemas profesionales de relación. Hemos de tener en cuenta que durante una operación militar uno convive y trabaja 24 horas al día con los mismos compañeros en situaciones de alto estrés, por lo que con frecuencia, a medida que avanza la misión, pueden surgir roces derivados de esta situación. También pueden aparecer problemas de espectro ansioso: ansiedad, problemas de sueño, etc. Las citas no solo

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

se producen a petición del sujeto si no que, en algunos casos, es el mando el que puede requerir la atención/evaluación a alguno de sus subordinados por detectar alguna presunta anomalía y estimar oportuno una consulta con el psicólogo. Estas intervenciones, igual que ocurre en aquellas realizadas a petición del sujeto, pueden, en los casos de mayor gravedad o pronóstico incierto en un tiempo razonable, derivar en la asunción de ciertas medidas que van desde la retirada de armamento hasta la repatriación a territorio nacional de aquellos militares que, por sus circunstancias o por la gravedad del cuadro, no sea recomendable su permanencia en zona de operaciones.

Mención aparte merecen las intervenciones en incidentes críticos que normalmente se realizan *de oficio*, sin esperar a que los implicados reclamen esa atención. El objeto de las mismas es atender a todo aquel personal que se ha visto implicado directa o indirectamente en un evento crítico (intercambio de fuego, acciones con personal herido, fallecimiento de compañeros, etc.) minimizando el impacto psicológico de esa situación para prevenir el posible desarrollo de problemas psicológicos posteriores. Dentro de las atenciones realizadas podemos incluir evaluaciones que podrían derivar en una repatriación de alguno de los miembros por algún problema adaptativo, de tipo psicológico, que no recomendara la permanencia del sujeto en zona de operaciones. En estos casos el psicólogo desplegado deberá emitir el pertinente informe que inicie el procedimiento por el cual el personal



que no esté en condiciones óptimas de permanecer desplegado, pueda volver a España.

Otra función destacada del psicólogo desplegado es la evaluación del estado de moral o motivación del contingente. Una unidad cohesionada y con la motivación alta es una unidad en condiciones óptimas para conseguir los objetivos de la misión, por lo que el oficial psicólogo desplegado debe tener entre sus prioridades la detección de posibles factores que estén afectando a la motivación para poder corregirlos. Para ello dispone de un cuestionario de motivación que se aplica una o varias veces a lo largo del despliegue y del que se derivan diferentes informes para todos los jefes de unidad y para el jefe de la agrupación. En estos informes se analiza el estado de motivación o la actitud del contingente, los factores que están afectando negativamente a la misma y las posibles medidas de intervención para aumentar o mantener la motivación en los niveles más altos posibles. Entre los factores que pueden afectar a la motivación se encuentran la relación con los compañeros, el ejercicio del mando por parte del jefe de unidad, las condiciones de vida, el apoyo social percibido acerca de la intervención que se está realizando, la legitimidad de la acción percibida por los propios intervinientes, la satisfacción personal con la tarea desempeñada, la cohesión de la unidad o la confianza en los medios disponibles para llevar a cabo la misión encomendada.

**c) Intervención después del despliegue**

Del mismo modo que la llegada a zona de operaciones del personal militar desplegado supone una exigencia y una capacidad de adaptación, la vuelta a territorio nacional, una vez finalizada la misión, va a exigir de nuevo un proceso de readaptación a la vida cotidiana, que algunos casos no es sencillo.

El trabajo del psicólogo para favorecer esta intervención comienza aún en zona de operaciones, mediante la difusión de información que permite a los militares anticipar el proceso al que se van a enfrentar a la vuelta, mentalizándolos y haciéndoles conscientes de la problemática más habitual y de los recursos propios y ajenos de que dispone para afrontarla de manera efectiva. La difusión de esta información puede realizarse de varias formas siendo las más habituales las conferencias y la difusión de información escrita mediante documentos o trípticos repartidos por las diferentes unidades.

En la actualidad, dentro del reconocimiento médico, los militares desplegados cubren un cuestionario antes de volver a territorio nacional en el que se les plantean diferentes cuestiones sobre su salud a lo largo del despliegue y sobre posibles experiencias de riesgo. Dentro de estas cuestiones se incluyen varias de índole psicológica. En función de las respuestas proporcionadas el militar podría ser derivado al Hospital Central de la Defensa en el mismo momento de llegar a España.

La Dirección de Sanidad del Ejército de Tierra se encuentra desarrollando un protocolo específico de evaluación y seguimiento postmisión del personal desplegado con el objeto de mejorar la atención y controlar las posibles consecuencias negativas de la participación en Misiones. El protocolo permitirá determinar tres grupos de riesgo en función de los resultados de la evaluación. Cada grupo de riesgo llevará un seguimiento personalizado de mayor e menor exhaustividad y extensión (Donoso, 2012).

### **3.5 La misión española en Afganistán**

En el año 2001 se creó la Fuerza Internacional de Asistencia a la Seguridad, ISAF (Resolución 1386) del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas. En el año 2002 las primeras tropas internacionales, procedentes de Holanda, Alemania, Reino Unido y Turquía, fueron desplegadas en Kabul, capital de Afganistán. El objetivo al principio era asegurar la capital del país pero según avanzaron los acontecimientos dicha asistencia a la seguridad tuvo que ser ampliada progresivamente en el territorio afgano hasta alcanzar prácticamente la totalidad del país. Los tres pilares fundamentales de la misión consistían en:

- Aumentar la seguridad. Fundamentalmente mediante el apoyo a las Fuerzas afganas y la instrucción de las mismas.
- Mejoras en la gobernabilidad del país

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

- Apoyo al desarrollo económico y social del país.

En el año 2003 el liderazgo de la misión es asumido por la OTAN que, debido a la expansión que sufría el territorio de despliegue, decidió dividir el mismo en zonas de control que serían asignados a diferentes países de la coalición. Se estableció como fecha para la consecución de los objetivos planteados el último trimestre de 2014, en el que las Fuerzas Internacionales transferirían la responsabilidad total de la seguridad a las Fuerzas afganas.

Las tropas españolas comenzaron su participación prácticamente desde el comienzo de la misión ya que la intervención del Ejército Español fue aprobada en el Consejo de Ministros del 27 de diciembre de 2001. El 25 de enero del 2002, el primer contingente español fue desplegado en Kabul. La responsabilidad española en Afganistán fue en aumento y en el año 2005 se aprueba el despliegue de nuevas fuerzas españolas con el objetivo de liderar una Base de Apoyo Avanzado en la provincia de Herat y un Equipo Provincial de Reconstrucción en la provincia de Bagdhis. Se designó a un coronel del Ejército del Aire como jefe de la *Forward Support Base* (FSB) de Herat, y a un coronel del Ejército de Tierra para el mando del *Provincial Reconstruction Team* (PRT) de Qalaw i Naw (capital de la provincia de Bagdhis).

Las fuerzas afganas desplegadas en la provincia de Bagdhis eran escasas en ese momento. Aproximadamente un centenar de policías con

deficiente formación y medios insuficientes eran los responsables de la seguridad de la zona. Por lo tanto, gran parte de la seguridad era asumida por el propio pueblo a través de los líderes de cada núcleo poblacional.

El contingente español desplegado en Qalaw i Naw fue aumentando paulatinamente hasta que en el año 2009 se tomó la decisión de construir una nueva base, a las afueras del núcleo poblacional, con capacidad para satisfacer las necesidades operativas. Desde ese momento, la PSB (*Provincial Support Base*) Ruiz González de Clavijo albergó a los diferentes contingentes españoles hasta que, el 25 de septiembre del 2013, fue transferida al Ejército Afgano.

Durante los nueve años de despliegue español en la provincia de Bagdhis se ha producido una mejora notable de la seguridad y de las capacidades operativas del Ejército Afgano. España había asumido la responsabilidad de formar tanto al Ejército (se formó una nueva Brigada del Ejército Afgano), como a la Policía, mediante los equipos de mentorización de la Guardia Civil.

El desarrollo económico y social de la población ha sido considerable. Medidas como la construcción de colegios, la iniciación del sistema judicial, abastecimiento de agua, de electricidad, ayuda humanitaria... han contribuido de manera inestimable a la mejora de la gobernabilidad y de la calidad de vida de los afganos.

### Capítulo 3. Psicología de los despliegues militares

Una vez transferida la PSB al Ejército Afgano, la tropas españolas permanecieron en la FSB de Herat, hasta que se produjo el repliegue definitivo en el año 2015.

Como hemos podido ver a lo largo del presente capítulo, los despliegues militares son una experiencia altamente demandante que, en muchas ocasiones, tienen consecuencias para la salud mental y el bienestar familiar del militar (Vaughn-Coaxum, Smith, Iverson y Vogt, 2015). La participación de nuestro país en este tipo de misiones es relativamente reciente pero cada vez más intensa. Es por ello que la investigación en este ámbito resulta fundamental. Conocer con el mayor detalle posible los procesos psicológicos implicados en las misiones internacionales o las posibles consecuencias psicológicas de las mismas permitirá mejorar la atención que damos a nuestros soldados, con el objetivo final de permitirles realizar su difícil labor y después tener las herramientas necesarias para readaptarse a su vida diaria en territorio nacional con normalidad.

FERNANDO J. RODRÍGUEZ ALONSO



### **III. ESTUDIO EMPÍRICO**







## **1. Objetivos e hipótesis de trabajo**

El objetivo de la presente investigación es conocer los niveles de estrés percibido, el ajuste psicológico y la relación entre ambas en militares, así como el afrontamiento del estrés. Además, se estudiará el rol mediador en estas variables, de las características sociodemográficas (e.g., sexo), contextuales (despliegue), laborales (e.g., experiencia anterior en misiones internacionales, antigüedad), relacionales y familiares (e.g., hijos, pareja).

Adicionalmente nos planteamos someter a prueba 4 hipótesis básicas relativas al desempeño eficiente de los militares:

Hipótesis 1.- El militar desplegado en zona de operaciones experimentará un aumento del estrés percibido respecto al que presenta en su trabajo habitual en territorio nacional.

Hipótesis 2.- El estrés percibido del personal militar desplegado aumentará a medida que aumente el tiempo de despliegue.

Hipótesis 3.- Los participantes con un nivel elevado de estrés percibido, informarán de un peor ajuste psicológico.

FERNANDO J. RODRÍGUEZ ALONSO

Hipótesis 4.- Los militares dispondrán de todo el repertorio de estrategias para la resolución de problemas y afrontamiento.



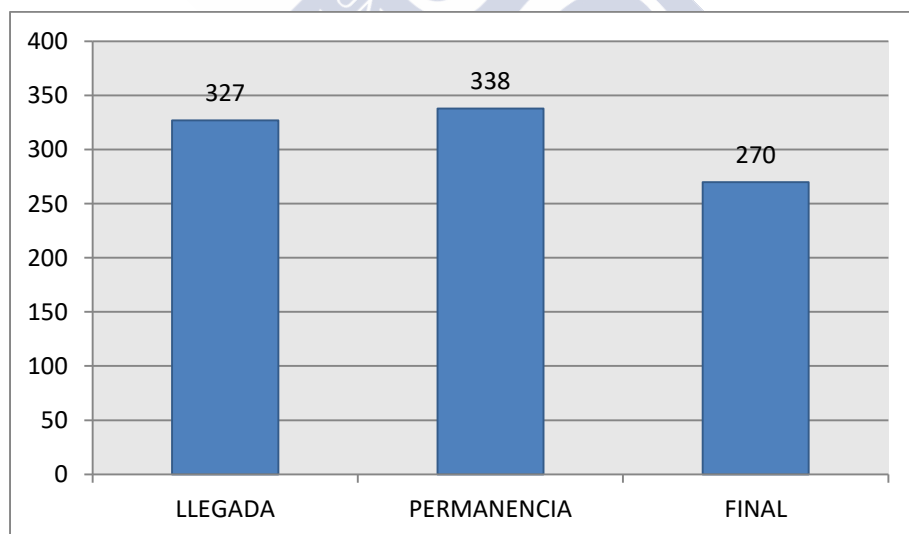
## 2. Método

### 2.1 Participantes

Participaron en el estudio 935 militares en misión militar en Afganistán durante 6 meses de forma continuada, de los que 327 fueron evaluados al cumplir el primer mes, en la fase de llegada; 338 en fase de permanencia, al cumplir el tercer mes, y 270 en la fase final de la misión, esto es, al cumplir el sexto mes (Gráfico 1).

**Gráfico 1.**

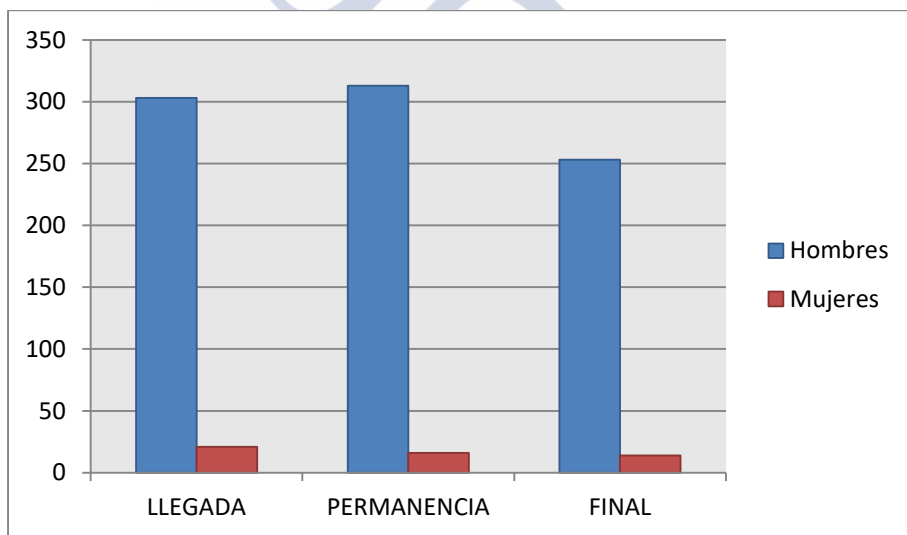
*Distribución de los participantes en función de la fase de participación.*



En cuanto a la distribución por sexos la muestra estaba compuesta por 869 (93.5%) hombres y 51 (5.5%) mujeres, 15 (1%) participantes dejaron en blanco esta pregunta. La distribución por sexos de las diferentes fases se recoge en el Gráfico 2, dejando sin responder esta cuestión 3 participantes del grupo de llegada, 9 del grupo de permanencia y 3 del grupo final.

**Gráfico 2.**

*Distribución de los participantes por sexo, en función de la fase de participación.*



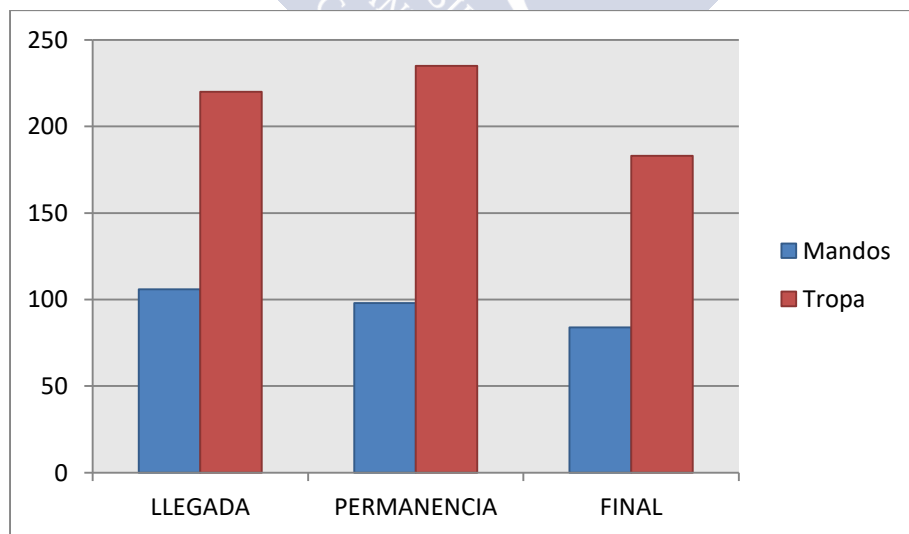
## 2. Método

La edad de media de la muestra fue de 31 años ( $EEM = 0.74$ ;  $DT = 7.22$ ). Siendo 31 años la edad media en cada uno de los grupos.

La categoría profesional de los militares participantes se categorizó en *Mandos* (que incluye suboficiales y oficiales) y *Tropa*. Tendiendo a esta variable, la distribución de los participantes en este estudio fue de 288 (31.10%) mandos y 638 (68.90%) militares de tropa, habiendo dejado en blanco este campo 9 sujetos. La distribución de los participantes por categoría militar se recoge en el Gráfico 3, dejando sin responder esta cuestión 1 sujeto del grupo de llegada, 5 del grupo de permanencia y 3 del grupo final.

### Gráfico 3.

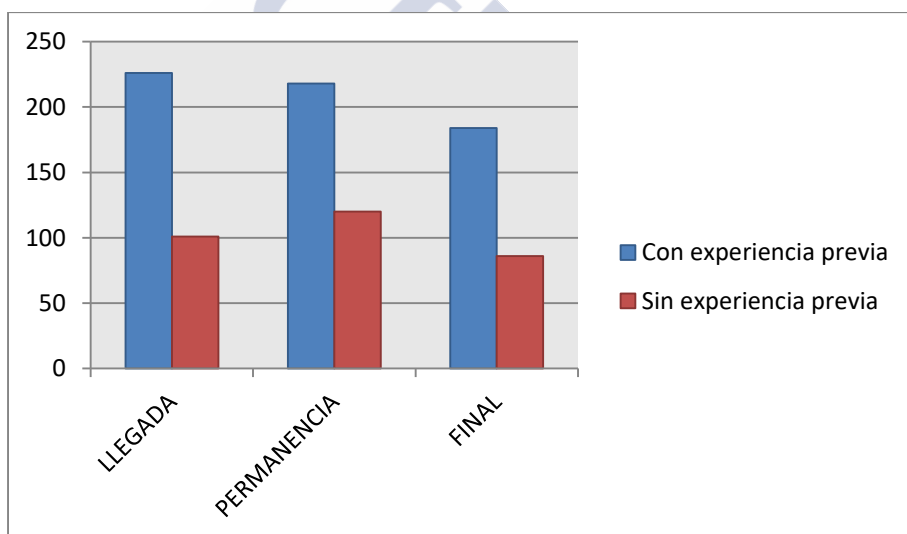
*Distribución de los participantes por categoría militar, en función de la fase de participación.*



Para un 33.05% de la muestra (307 sujetos) este era su primer despliegue en zona de operaciones, mientras que el resto de los participantes contaba con experiencia previa en misiones internacionales. La proporción por grupos se recoge en el Gráfico 4. No obstante, hemos de precisar que dejaron sin contestar a esta cuestión.

**Gráfico 4.**

*Distribución de los participantes por experiencia previa en despliegues, en función de la fase de participación.*



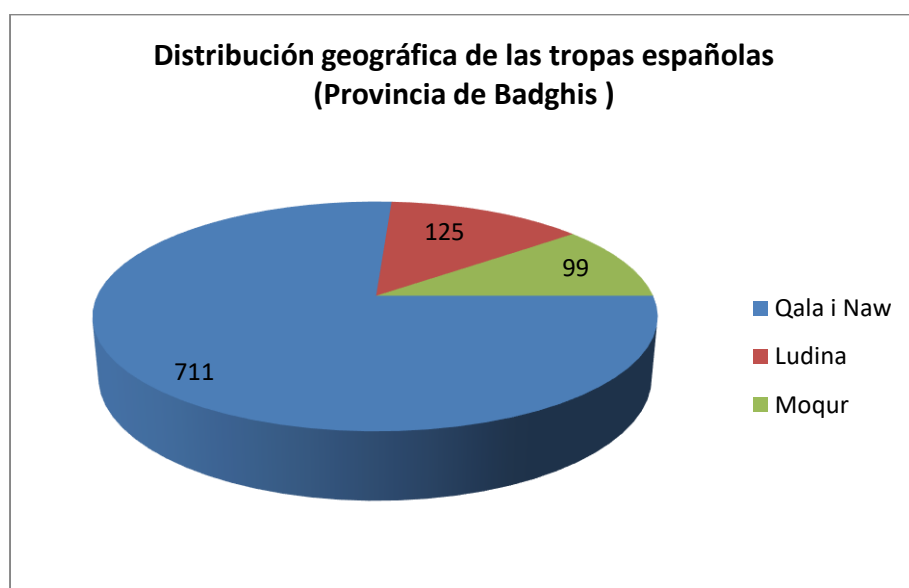
En el momento de la realización del estudio las tropas españolas de la provincia de Badghis se encontraban distribuidas en tres puntos geográficos, en la base principal de la agrupación sita en la capital Qala i Naw, y en dos puestos avanzados de combate en las regiones de Moqur y Ludina. Del personal evaluado, 711 (76.04%) sujetos tenían su

## 2. Método

ubicación principal en Qala i Naw, 125 (13.37%) en Ludina y 99 (10.59%) en Moqur.

### Gráfico 5.

*Distribución de los participantes en función de la situación geográfica de la base.*



En cuando a variables de tipo familiar y relacional, el 33.5% de los sujetos de la muestra informan no contar con pareja estable en el momento del despliegue. Por su parte, el 68.2% de participantes no tenían hijos.

En relación a la práctica deportiva, el 73.5% de los militares participantes en este estudio afirman practicar deporte al menos 2 ó 3



días a la semana, mientras que el resto no lo hacía nunca o muy ocasionalmente.

## **2.2. Procedimiento y diseño**

Previamente a la implementación del estudio hubo que solicitar licencia para llevarlo a cabo. De este modo, se informó al Jefe del Contingente y a la Dirección de Sanidad del Ejército de Tierra, los que tras analizar los objetivos del estudio y el diseño del mismo, aceptaron su ejecución.

La recogida de datos se llevó a cabo por parte del oficial psicólogo integrado en la agrupación desplegada. Así, se aplicó la batería de cuestionarios al personal militar que componía las diferentes unidades del contingente español desplegado en Afganistán durante un periodo aproximado de 6 meses entre noviembre del 2012 y mayo del 2013. Para ello se realizaron aplicaciones en los diferentes puntos geográficos en los que se encontraba distribuida la Fuerza española dentro de la provincia de Badghis: la base principal de Qala i Naw y los Puestos Avanzados de Combate de Ludina y Moqur.

Previo a la realización de la evaluación, los participantes fueron informados del estudio, así como que su participación era voluntaria y anónima. De este modo se les señala que el mando solo sería informado de los resultados generales de cada unidad, guardando total confidencialidad sobre la identificación de cada militar. Asimismo, se

## 2. Método

facilitó instrucciones para la cumplimentación de las pruebas y se resolvieron las diferentes dudas surgidas durante la aplicación.

Se realizaron un total de tres aplicaciones en diferentes fases atendiendo al momento temporal del despliegue:

- *Fase de llegada:* La primera aplicación se realizó cuando el personal llevaba desplegado en Zona de Operaciones un mes.
- *Fase de permanencia:* La segunda aplicación se realizó en el ecuador del despliegue, a los tres meses.
- *Fase final:* la tercera aplicación se llevó a cabo a menos de un mes de la vuelta a territorio nacional.

Cabe destacar que el contingente evaluado fue de los primeros en permanecer de forma continuada (sin permiso de mitad de misión) en zona de operaciones un tiempo de seis meses.

Finalmente, señalar que en este estudio los datos se gestionaron acorde a los principios establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y respetando los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos, la Declaración Universal de la UNESCO y las directrices del Código Deontológico del Consejo General de la Psicología en el tratamiento de los participantes.

El diseño incluyó tanto medidas intra- como inter-sujetos, así como con un valor de prueba (población normativa). En relación a la potencia del diseño, la probabilidad de detección ( $1 - \beta$ ) de diferencias

significativas ( $\alpha < .05$ ) en el caso de que las hubiera para un tamaño del efecto medio ( $d = .50$ ,  $\eta^2 = .059$ ,  $r = .30$ ) para los diferentes análisis ejecutados de comparación de medias y con los tamaños muestrales de este estudio es del 100% en todas las contingencias. Sin embargo, los análisis realizados con el afrontamiento son de una potencia limitada que se discutirá en cada uno de ellos por las implicaciones que tiene para la interpretación de los resultados.

### **2.3. Instrumentos de medida**

Los participantes cumplieron una batería de cuestionarios (Véase Anexo 1) a través de la que se recogió información relativa a las variables de identificación (tales como: sexo, edad, puesto militar, experiencia en misiones internacionales, o datos familiares como si tiene pareja o si tiene hijos, o si practica o no deporte).

Además, la batería también incluía las pruebas de tipo psicométrico que se explican seguidamente.

- a) *Cuestionario de Evaluación de Síntomas/Symptom Checklist/SCL-90-R (Derogatis, 2002).*

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas relacionados con psicopatología. Para cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco

## 2. Método

puntos (donde 0 es nada y 4 es mucho). El cuestionario ofrece información de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico. Las dimensiones primarias son:

- Somatización (SOM). Esta dimensión, compuesta por 12 ítems, evalúa la presencia de malestar que la persona percibe relacionado con diferentes disfunciones corporales (p.e., cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).
- Obsesión-Compulsión (OBS). Incluye síntomas que se identifican con patrones disfuncionales del espectro patológico obsesivo-compulsivo. Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados y que generan malestar en el sujeto.
- Sensibilidad interpersonal (SI). Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes, y una especial sensibilidad hacia los efectos negativos de los mismos.
- Depresión (DEP). Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo

disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

- Ansiedad (ANS). Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.
- Hostilidad (HOS). Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enfado e ira.
- Ansiedad fóbica (FOB). Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca y conductas evitativas relacionadas igualmente con el estímulo o los estímulos en cuestión.
- Ideación paranoide (PAR). Evalúa conductas y cogniciones paranoides, fundamentalmente, y desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía, sentimientos de perjuicio, persecutorios...
- Psicoticismo (PSIC): Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide,

## 2. Método

alucinaciones y disfunciones del curso y contenido del pensamiento.

El SCL-90-R contiene siete ítems que no pertenecen a ninguna de las nueve dimensiones descritas, pero que tienen cierta relevancia clínica. Éstos son: poco apetito (19), problemas para dormir (44), pensamientos acerca de la muerte o de morir (59), comer en exceso (60), despertarse muy temprano (64), sueño intranquilo (66), y sentimientos de culpa (89).

Los índices globales de malestar son:

- **Índice de Gravedad o Severidad Global (GSI).** Este índice es buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar. La fórmula de cómputo es:

$$\frac{\text{Total de valores asignados a los elementos}}{\text{Número total de ítems}} \quad \text{GSI} =$$

- **Total de Síntomas Positivos (PST).** El PST es el resultado de contabilizar el número de total de ítems que tienen una respuesta positiva (esto es, mayor que cero).
- **Malestar Referido a Síntomas Positivos (PSDI).** El PSDI evalúa si la persona tiende a exagerar o minimizar los

malestares que lo aquejan, obteniéndose da la siguiente fórmula:

$$\text{PSDI} = \frac{\text{Total de valores asignados a los elementos}}{\text{PST}}$$

La escala fue sometida a un análisis de la fiabilidad mediante el coeficiente *Alpha de Cronbach* y el procedimiento *Test-Retest*, mostrando buenos índices de fiabilidad calculados y que avalan la consistencia interna de la escala, tanto para población americana (Derogatis y Melisaratos, 1983), como para población española (Derogatis, 2002) tal y como podemos apreciar en la Tabla 2.

**Tabla 2.**  
*Fiabilidad de las dimensiones del SCL-90.*

Escala	Muestra americana		Muestra española	
	Test-Retest	Alpha	Test-Retest	Alpha
<b>Somatización</b>	.86	.86	.81	.87
<b>Obsesión-Compulsión</b>	.85	.86	.87	.88
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	.83	.86	.81	.86
<b>Depresión</b>	.82	.90	.87	.89
<b>Ansiedad</b>	.80	.85	.88	.90
<b>Hostilidad</b>	.78	.84	.85	.86
<b>Ansiedad fóbica</b>	.90	.82	.83	.86
<b>Ideación paranoide</b>	.86	.80	.81	.81
<b>Psicoticismo</b>	.84	.77	.86	.87

*Nota.* Intervalo de 1 semana entre el test y el retest.

## 2. Método

En resumen, este check-list de psicopatología es consistente internamente, estable en el tiempo inter-muestras e inter-contextos. En cuanto a la validez, se observó que todas las dimensiones eran válidas al medir la validez convergente con las Escalas del MMPI y MHQ. El análisis factorial evidenció una estructura factorial muy próxima a la descrita a priori con lo que se demostró la validez de constructo. La estructura factorial obtenida en la adaptación española fue muy similar a la original salvo pequeñas diferencias atribuidas a que la validación al castellano se realizó utilizando población no psiquiátrica (Derogatis, 2002).

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos, y consiste en solicitar a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

b) *Cuestionario de Estrés Percibido/CEP* (Sanz-Carrillo, García-Campayo, Rubio, Santed, y Montoro, 2002).

Se trata de la adaptación española, del cuestionario *Perceived Stress Questionary/PSQ* (Levenstein et al., 1993). Consta de 30 cuestiones que el sujeto debe puntuar según la frecuencia que se dan en su vida utilizando para ello una escala que va desde 1 (Casi nunca) a 4



(Casi siempre). El cuestionario incluye dos valoraciones, una general, referida a la vida habitual del sujeto, y otra referida al último mes.

El CEP supone una medida de estrés percibido por parte del sujeto que enfatiza en las percepciones cognitivas más que en estados emocionales. Las experiencias estresantes presentadas pretenden ser lo suficientemente abstractas para poder ser aplicadas a adultos de cualquier edad, sexo o profesión, pero al mismo tiempo, interpretable de manera específica sobre una variedad de situaciones reales. El resultado se muestra en un coeficiente que oscila entre 0 y 1, siendo 0 el mínimo nivel de estrés percibido y 1 el máximo. Se van a considerar puntuaciones significativamente elevadas a partir de .40.

En la adaptación española (Sanz-Carrillo et al., 2002), el test mostró una consistencia interna medida a través del coeficiente *Alfa de Cronbach* de .90 para el estrés general y de .87 para el estrés reciente. La fiabilidad test-retest después de un intervalo de 13.12±2.05 días, fue de .8020. Las puntuaciones medias obtenidas en la población española se muestran en la Tabla 3.

**Tabla 3.**

*Distribución de las puntuaciones por edad y género en población general (Sanz-Carrillo et al., 2002)*

		<i>M</i>	<i>DT</i>
<b>Sexo</b>	Hombre	0.3366	0.1353
	Mujer	0.3604	0.1418
<b>Edad</b>	18-24 años (N=110)	0.3681	0.1485
	25-39 años (N=33)	0.3384	0.1230
	>39 (N=33)	0.3259	0.1251
<b>Total</b>		0.3546	0.1403

c) *Coping Response Inventory/CRI* (Moos y Moos, 1988).

Este cuestionario se compone de 48 ítems, que presentan diferentes maneras de reaccionar ante un problema, con cuatro opciones de respuesta: 0 (cuando esa estrategia nunca es adoptada); 1 (cuando casi nunca se utiliza); 2 (cuando se utiliza a menudo); 3 (cuando se utiliza casi siempre). Este cuestionario es muy útil en contextos clínicos, educativos o sociales para facilitar la orientación y desarrollo de la persona evaluada y mejorar su manera de superar los problemas a los que se enfrenta. Puede resultar de gran importancia para el psicólogo aplicado en terapias clínicas, programas de manejo del estrés y problemas de salud (Moos y Moos, 1988).

El cuestionario CRI-A permite evaluar las respuestas de afrontamiento que una persona emplea ante un problema o una situación estresante. Se compone de ocho escalas que incluyen estrategias de afrontamiento relacionadas con la aproximación al problema: Análisis lógico; Reevaluación positiva; Búsqueda de orientación y apoyo; Solución de problemas. Y otras cuatro relacionadas con la evitación del problema: Evitación cognitiva; Aceptación o resignación; Búsqueda de recompensas alternativas; Descarga emocional

Estas ocho estrategias también pueden ser clasificadas en función de la dimensión cognitiva o conductual, pudiendo diferenciar aquellas que están centradas en el problema: Búsqueda de orientación y apoyo; Solución de problemas; Búsqueda de recompensas alternativas. Las centradas en la emoción: Descarga emocional; Aceptación o resignación. Y las centradas en la evaluación: Análisis lógico; Reevaluación positiva; Evitación cognitiva.

La consistencia interna de la adaptación española (Kirchner, Forns, Muñoz, y Pereda, 2008) fue, ponderada por género, de .59 para Análisis lógico; .66 para Reevaluación positiva; .56 para Búsqueda de orientación y apoyo; .67 para Solución de problemas; .60 para Evitación cognitiva; .55 para Aceptación o resignación; .56 para Búsqueda de recompensas alternativas, y .55 para Descarga emocional.

## 2.4. Análisis de datos

Para la comparación de medias se procedió con la prueba  $t$  de Student para una muestra o muestras independientes acorde al objetivo de cada evaluación; y con ANOVAs cuando el nivel del factor de agrupamiento contaba con más de dos niveles y MANOVAs cuando las variables dependientes eran más de una, correlacionadas y que conformando un constructo; ejecutando los contrastes a posteriori con el nivel de protección de Bonferroni. Los modelos predictivos de variables categóricas fueron estudiados por medio de análisis de regresión logística.

Los tamaños del efecto fueron computados como  $d$  (fórmula de Cohen con tamaños de grupos iguales, de Hedges para tamaños desiguales y tomando la desviación típica del grupo normativo cuando se trataba de una muestra); la varianza explicada en correlaciones (coeficiente de determinación);  $\eta^2$  en análisis de varianza y multivarianza y  $h$  de Cohen en comparaciones de proporciones. Los tamaños del efecto se interpretaron en línea con las categorías de Cohen a la que se añadió una categoría adicional, tamaño más que grande (Arce, Fariña, Seijo, y Novo, 2015): 1.20  $DT$  (Percentil 88.49, esto es, el 88.49% de los tamaños a obtener serían inferiores a este criterio). En Salgado (2018) se pueden ver las tablas de correspondencia con otras estimaciones del tamaño del efecto. Para la cuantificación de daños respecto a una línea base se procedió con la

FERNANDO J. RODRÍGUEZ ALONSO

técnica descrita en Corrás et al., 2017 y en Seijo, Fariña, Corrás, Novo y Arce (2016). Los estadísticos  $BESD$ ,  $U$  de Cohen,  $BESD$ ,  $q$  de Cohen y la estimación de la generalización a otras muestras/estudios, se han mostrado muy útiles para la derivación de implicaciones prácticas (Amado et al., 2015, 2016).



### 3. Resultados

#### 3.1 Evolución del estrés percibido

Los resultados del contraste de medias del estrés percibido entre los militares en situación de vida normalizada (no despliegue) ( $M = 0.14$ ) con la media de la población normativa ( $M = 0.35$ ), esto es, la normalidad, mostraron niveles de estrés percibido significativamente inferiores,  $t(326) = -39.94, p < .001$ , y con un tamaño del efecto más que grande (mayor que el 98.98%),  $d = 2.33$ , entre los militares en despliegue. En otras palabras, en condiciones estándar, la población general tiene un 95.03% (probabilidad de superioridad) más de probabilidades de percibir estrés que la población de militares.

El estudio de la evolución del estrés percibido en las diferentes fases del despliegue en una misión (fase de llegada, fase de permanencia en misión y fase final de la misión), puso de manifiesto que los niveles de estrés se mantienen constantes a lo largo de la misión  $F(2, 932) = -0.69, ns, \eta^2 = .001, 1-\beta = .166$ .

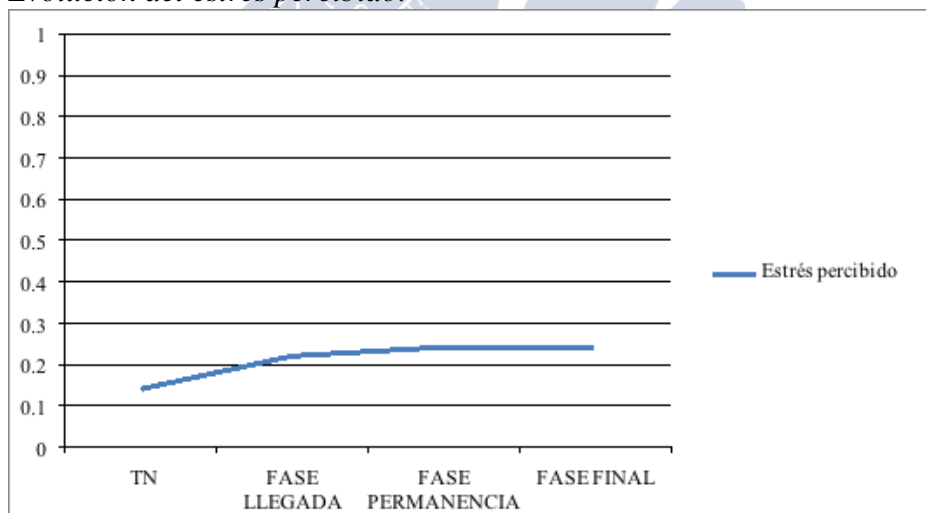
Finalmente, y para conocer los efectos del despliegue en misión en el estrés percibido, comparamos (diseño de medidas repetidas) la evaluación previa a la misión ( $M = 0.14$ ) con la evaluación en despliegue de misión ( $M = 0.23$ ),  $t(326) = 11.09, p < .001$ , siendo entre pequeña y moderada la magnitud del efecto,  $r = .25$ , de lo que se deduce

que en condiciones de despliegue se incrementa un 25% la tasa de estrés percibido. Por su parte, los resultados del diseño inter-sujetos también evidenciaron que en condiciones de misión el estrés percibido es significativamente superior,  $t(607) = 14.68, p < .001$ , con una magnitud de efecto moderado,  $r = .30$ , lo que implica un incremento en el estrés percibido del 30% en condiciones despliegue frente a condiciones de no despliegue en misión. En suma, los resultados son iguales,  $q_s = 0.055, ns$ , con ambos tipos de diseños (inter- e intra-sujetos).

Así pues, el despliegue en operaciones produce un aumento significativo del estrés percibido, manteniéndose constante a lo largo de del despliegue (ver Gráfico 6).

### Gráfico 6.

*Evolución del estrés percibido.*



*Nota.* TN = Estrés percibido en territorio nacional (en condición de no despliegue).

### 3. Resultados

Para comprobar la posible influencia de las tareas a realizar en la misión sobre el estrés percibido se llevó a cabo una comparación en función de las Unidades de la Agrupación a las que pertenecían los militares participantes (esto es, Combate o Unidades de fuerza; Mando y Apoyo Logístico, y Asesoramiento al Ejército Afgano). Los resultados mostraron que el tipo de unidad en la que están encuadrados media diferencias en el estrés percibido en condiciones de despliegue,  $F(2, 932) = 16.77, p < .001$   $1-\beta = 1.00$ , dando cuenta del 3.5% de la varianza,  $\eta^2 = .035$ . Los contrastes a posteriori con el nivel de protección de Bonferroni ( $.05/3 = .017$ ) pusieron de manifiesto que los desplazados en misión de combate ( $M = 0.26$ ) y en mando y apoyo logístico ( $M = 0.22$ ) refieren más estrés percibido que los desplazados en Unidades de Asesoramiento ( $M = 0.18$ ), siendo la magnitud del incremento del 96% ( $r = .96$ ) entre los desplazados en Misión de Combate y del 84% ( $r = .84$ ) entre los Mandos y Apoyo Logístico.

#### **3.2 Evolución de la sintomatología relacionada con el ajuste psicológico**

Los resultados de la comparación del estado de salud mental de los militares al inicio de la misión con la población general (ver Tabla 4) indican que los militares presentan un ajuste psicológico significativamente bueno en todos los marcadores de salud mental, con



un tamaño del efecto entre moderado y grande. En concreto, los militares informan, en contraste con el valor normativo, de un 59% menos sintomatología somática; un 46% menos sintomatología obsesivo-compulsiva, un 43% menos síntomas de sensibilidad interpersonal; un 61% menos síntomas depresivos; un 62% menos sintomatología ansiosa; un 30% menos síntomas de hostilidad; un 65% menos síntomas de ansiedad fóbica; un 38% menos sintomatología paranoide; y un 65% menos sintomatología psicótica.

**Tabla 4.**

*Escalas Básicas de Evaluación Clínica del SCL-90. Valores “t” para una muestra con valor de contraste la media de grupo normativo. Fase de Llegada.*

<b>Dimensión</b>	<b><math>M_{FLL}</math></b>	<b><math>M_{PG}</math></b>	<b><math>t</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>r</math></b>
<b>Somatización</b>	0.18	0.55	-26.21	.000	-.59
<b>Obsesión-Compulsión</b>	0.27	0.60	-18.51	.000	-.46
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	0.18	0.45	-17.67	.000	-.43
<b>Depresión</b>	0.20	0.72	-27.78	.000	-.61
<b>Ansiedad</b>	0.13	0.52	-28.35	.000	-.62
<b>Hostilidad</b>	0.21	0.45	-10.25	.000	-.30
<b>Ansiedad Fóbica</b>	0.03	0.25	-31.44	.000	-.65
<b>Ideación Paranoide</b>	0.17	0.47	-14.83	.000	-.38
<b>Psicoticismo</b>	0.04	0.21	-31.21	.000	-.65

*Nota.*  $gl(326)$ ;  $M_{FLL}$  = Media de la población de militares en la fase de llegada a la misión;  $M_{PG}$  = Valor de prueba o contraste tomado de la Media de la Población General no Clínica del SCL-90-R (Derogatis, 2002).

Asimismo, el ajuste psicológico mostrado por la población militar en la fase de permanencia en misión militar, sigue siendo

### 3. Resultados

significativamente mejor que el de la población normativa en todas las medidas (ver Tabla 5), con una menor sintomatología clínica entre el 9% en hostilidad hasta un máximo del 65% en sensibilidad interpersonal.

**Tabla 5.**

*Escalas Básicas de Evaluación Clínica del SCL-90. Valores “t” para una muestra con valor de contraste la media de grupo normativo. Fase de Permanencia.*

<b>Dimensión</b>	<b>M<sub>FP</sub></b>	<b>M<sub>PG</sub></b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>r</b>
<b>Somatización</b>	0.26	0.55	-14.64	.000	-.52
<b>Obsesión-Compulsión</b>	0.32	0.60	-11.65	.000	-.44
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	0.25	0.45	-20.44	.000	-.65
<b>Depresión</b>	0.28	0.72	-18.13	.000	-.60
<b>Ansiedad</b>	0.19	0.52	-15.76	.000	-.55
<b>Hostilidad</b>	0.37	0.45	-2.27	.000	-.09
<b>Ansiedad Fóbica</b>	0.08	0.25	-11.82	.000	-.44
<b>Ideación Paranoide</b>	0.30	0.47	-4.95	.000	-.31
<b>Psicoticismo</b>	0.09	0.21	-6.47	.000	-.26

*Nota.*  $gl(337)$ ;  $MP$  = Media de la población de militares en la fase de permanencia en la misión;  $M_{PG}$  = Valor de prueba o contraste tomado de la Media de la Población General no Clínica del SCL-90-R (Derogatis, 2002).

Por último, los resultados siguen constantes (mejor ajuste psicológico en la población militar que en la normativa) en la fase final de la misión (ver Tabla 6), con un mejor ajuste que oscila entre un mínimo del 16% en hostilidad a un máximo del 68% en depresión.

**Tabla 6.**

*Escala Básica de Evaluación Clínica del SCL-90. Valores “t” para una muestra con valor de contraste la media de grupo normativo. Fase Final.*

<b>Dimensión</b>	<b><math>M_{FF}</math></b>	<b><math>M_{PG}</math></b>	<b><math>t</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>r</math></b>
<b>Somatización</b>	0.27	0.55	-13.22	.000	-.34
<b>Obsesión-Compulsión</b>	0.28	0.60	-13.03	.000	-.50
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	0.24	0.45	-9.16	.000	-.37
<b>Depresión</b>	0.23	0.72	-21.28	.000	-.68
<b>Ansiedad</b>	0.15	0.52	-20.51	.000	-.67
<b>Hostilidad</b>	0.33	0.45	-3.66	.000	-.16
<b>Ansiedad Fóbica</b>	0.07	0.25	-11.84	.000	-.46
<b>Ideación Paranoide</b>	0.23	0.47	-9.29	.000	-.38
<b>Psicoticismo</b>	0.07	0.21	-8.24	.000	-.34

*Nota.*  $gl(269)$ ;  $M_{FF}$  = Media de la población de militares en la fase final de la misión;  $M_{PG}$  = Valor de prueba o contraste tomado de la Media de la Población General no Clínica del SCL-90-R (Derogatis, 2002).

Para conocer la evolución del ajuste psicológico a lo largo del despliegue, ejecutamos un MANOVA con la fase de estancia en misión como factor de agrupamiento (Fase de llegada, Fase de permanencia y Fase final) sobre la salud mental, hallando un efecto multivariado significativo,  $F(18, 1838) = 2.96$ ,  $p < .001$ ,  $1-\beta = .999$ , que explica el 2.8% de la varianza,  $\eta_p^2 = .028$ , un tamaño pequeño. En suma, la permanencia en situación de misión implica cambios significativos, aunque de magnitud pequeña, en el estado de salud mental de los militares.

**Tabla 7.**

*Efectos univariados en las escalas clínicas básicas del SCL-90-R por el factor de agrupamiento (fase de llegada, fase de permanencia y fase final). Efectos inter-sujetos.*

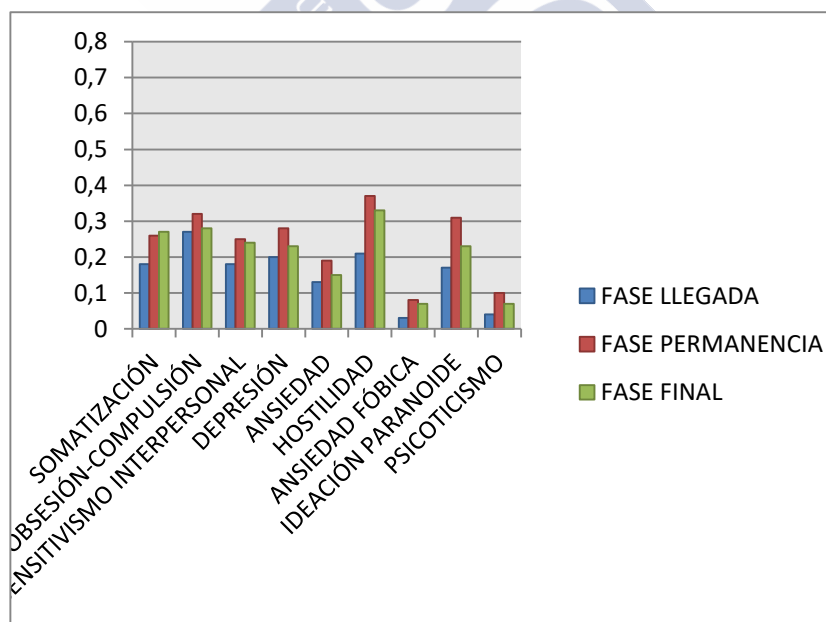
<b>Dimensión</b>	<b><math>M_{FL}</math></b>	<b><math>M_{FP}</math></b>	<b><math>M_{FF}</math></b>	<b><math>F</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>\eta^2_p</math></b>	<b><math>1-\beta</math></b>
<b>Somatización</b>	0.18	0.26	0.27	6.41	.002	.014	.903
<b>Obsesión-Compulsión</b>	0.27	0.32	0.28	1.54	.214	.003	.329
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	0.18	0.25	0.24	3.48	.031	.007	.652
<b>Depresión</b>	0.20	0.28	0.23	3.59	.028	.008	.665
<b>Ansiedad</b>	0.13	0.19	0.15	3.55	.029	.008	.661
<b>Hostilidad</b>	0.21	0.37	0.33	8.18	.000	.017	.960
<b>Ansiedad Fóbica</b>	0.03	0.08	0.07	3.84	.022	.008	.697
<b>Ideación Paranoide</b>	0.17	0.30	0.23	6.35	.002	.014	.900
<b>Psicoticismo</b>	0.04	0.09	0.07	4.96	.007	.011	.810

*Nota.*  $gl(2, 926)$ ;  $M_{FL}$  = Media de la condición de sujetos en la Fase de Llegada;  $M_{FP}$  = Media de la condición de sujetos en la Fase de Permanencia;  $M_{FF}$  = Media de la condición de sujetos en la Fase Final.

Los resultados de los efectos univariados (ver Tabla 7) ponen de manifiesto que a lo largo del despliegue se producen cambios significativos en la somatización, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. En consecuencia, las fases del despliegue tienen efectos en la sintomatología de todas las dimensiones clínicas a excepción de la obsesivo-compulsiva que permanece constante. El análisis de los contrastes a posteriori, con el nivel de protección de Bonferroni ( $.05/3 = .017$ ), evidenció que hay un incremento en la sintomatología somática y en la hostilidad de la fase de llegada a la de permanencia, que se

estabiliza en la final. En otras palabras, el tiempo de despliegue trae aparejado un aumento en la sintomatología hostil y somática que se mantiene constante sin que el militar pueda manejarla por sí mismo. Por su parte, en la sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicótica se observa un incremento significativo de la fase de llegada a la de permanencia, seguida de una caída en la fase final hasta igualarse con la de la de llegada. Esto es, el enfrentamiento con la situación estresante generado por la misión implica una subida en estos indicadores de salud mental que el militar afronta por sí mismo de forma efectiva de modo que los vuelve a controlar (ver Gráfico 7).

**Gráfico 7.** *Evolución de la sintomatología en las fases del despliegue.*



### 3. Resultados

Asimismo, los indicadores generales de malestar (Índice de Severidad Global, Total de Síntomas Positivos e Índice de Malestar Referido a Síntomas Positivos) también son sensibles al factor de tiempo de despliegue,  $F(6, 1860) = 3.17$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .010$ ,  $1-\beta = .926$ , dando cuenta del 1% de la varianza, un tamaño del efecto pequeño. Sucintamente el tiempo de despliegue implica cambios en los índices generales de malestar.

Los efectos univariados (ver Tabla 8) advierten de diferencias significativas en los tres índices de malestar que, los contrastes a posteriori con el nivel de protección de Bonferroni ( $.05/.03 = .017$ ), concretan en que el Índice de Severidad Global, el Total De Síntomas Positivos, así como el Índice de Malestar Referido a Síntomas Positivos aumentan de la fase de llegada a la de permanencia, permaneciendo estables hasta la final. En conclusión, la misión incrementa el malestar y el militar no dispone de recursos personales para contrarrestar este incremento en la sintomatología clínica de modo que se estabiliza.

**Tabla 8.**

*Efectos univariados en los indicadores generales de malestar del SCL-90-R por el factor de agrupamiento (fase de llegada, fase de permanencia y fase final). Efectos inter-sujetos.*

<b>Índice</b>	<b><math>M_{FLL}</math></b>	<b><math>M_{FP}</math></b>	<b><math>M_{FF}</math></b>	<b><math>F</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>\eta^2</math></b>	<b><math>1-\beta</math></b>
<b>GSI</b>	0.17	0.25	0.23	4.62	.010	.010	.780
<b>PST</b>	10.86	14.89	14.04	7.62	.001	.016	.947
<b>PSDI</b>	1.08	1.20	1.17	5.25	.000	.011	.833

*Nota.*  $gl(2, 931)$ ;  $M_{FL}$  = Media de la condición de sujetos en la Fase de Llegada;  $M_{FP}$  = Media de la condición de sujetos en la Fase de Permanencia;  $M_{FF}$  = Media de la condición de sujetos en la Fase Final.

Los mayores niveles de estrés se relacionan con malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (American Psychiatric Association, 2002, 2014), por lo que sometimos a prueba esta hipótesis en el malestar clínico.

### 3.3 Estrés percibido y ajuste psicológico

Como quiera que los niveles de estrés de la población de militares no son equiparables a la población normativa, como ya vimos, la comparación con ésta, utilizar valores o baremos de ésta contaminaría los resultados, por lo que procede una comparación entre sujetos de la misma población (militares desplegados). Así, creamos un factor de agrupamiento del estrés percibido (alto vs. bajo nivel de estrés percibido), como es práctica habitual, a partir de los percentiles 25

### 3. Resultados

(sujetos desde el valor más bajo al percentil 25) y 75 (sujetos desde el percentil 75 al valor superior de la distribución). Ejecutado un MANOVA con el nivel de estrés percibido (alto vs. bajo) como factor de agrupamiento sobre la salud mental encontramos un efecto multivariado significativo,  $F(9, 503) = 32.86$ ,  $p < .001$ ,  $1-\beta = 1.00$ , explicado el 37% de la varianza,  $\eta_p^2 = .370$ , un tamaño pequeño más que grande, implicando, como veremos en los efectos univariados que se relacionan exclusiva y generalmente (todos los marcadores de salud mental), un deterioro en el ajuste psicológico del 61%, en el nivel alto de estrés percibido. En suma, el nivel de estrés percibido en despliegues militares conlleva cambios en el estado de salud mental de los militares.

**Tabla 9.**

*Efectos univariados en las escalas clínicas básicas del SCL-90-R por el factor nivel de estrés percibido (alto vs. bajo) Efectos inter-sujetos.*

<b>Dimensión</b>	<b><math>M_{AEP}</math></b>	<b><math>M_{BEP}</math></b>	<b><math>F</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>\eta_p^2</math></b>	<b><math>1-\beta</math></b>
<b>Somatización</b>	0.44	0.10	126.01	.000	.198	1.00
<b>Obsesión-Compulsión</b>	0.57	0.12	154.37	.000	.232	1.00
<b>Sus. Interpersonal</b>	0.48	0.07	137.77	.000	.212	1.00
<b>Depresión</b>	0.56	0.06	179.07	.000	.259	1.00
<b>Ansiedad</b>	0.39	0.03	129.46	.000	.202	1.00
<b>Hostilidad</b>	0.74	0.07	160.89	.000	.239	1.00
<b>Ansiedad Fóbica</b>	0.14	0.01	28.53	.000	.053	1.00
<b>Ideación Paranoide</b>	0.59	0.05	123.66	.000	.195	1.00
<b>Psicoticismo</b>	0.19	0.01	43.15	.000	.078	1.00

*Nota.*  $gl(1, 511)$ ;  $M_{AEP}$  = Media de la condición de sujetos del grupo de nivel alto de estrés percibido;  $M_{BEP}$  = Media de la condición de sujetos del grupo de nivel bajo de estrés percibido.



Los efectos univariados (ver Tabla 9) ponen al descubierto un incremento significativo de la sintomatología en todas las escalas de medida de ajuste psicológico entre los militares del grupo de alto nivel de estrés percibido, con un tamaño del efecto grande ( $\eta^2 = .137$ ) en somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide; moderado ( $\eta^2 = .059$ ) en psicoticismo; y pequeño ( $\eta^2 = .01$ ) en ansiedad fóbica. En términos de cuantificación del daño, el grupo del nivel alto de estrés percibido presenta un 44.50% más de daño en somatización, un 48.16% en obsesión-compulsión, un 46.04% en sensibilidad interpersonal, un 50.89% en depresión, un 44.94% en ansiedad, un 48.89% en hostilidad, un 23.02% en ansiedad fóbica, un 44.16% en ideación paranoide y un 27.93% en psicoticismo.

Contrastadas las diferencias multivariadas en los indicadores generales de malestar para el factor nivel de estrés percibido (alto vs. bajo), hallamos un efecto multivariado significativo en el malestar global,  $F(3, 512) = 128.79$ ,  $p < .001$ , que explica el 43% de la varianza,  $\eta_p^2 = .430$ , un tamaño del efecto más que grande ( $> 1.7 DT$ , esto es, que el 95.54%). En términos de cuantificación del daño en la salud mental, este resultado implica un deterioro (derivado de los efectos univariados) del 65.57%.

**Tabla 10.**

*Efectos univariados en los índices generales de malestar del SCL-90-R por el factor nivel de estrés percibido (alto vs. bajo) Efectos inter-sujetos.*

<b>Índice</b>	<b><math>M_{AEP}</math></b>	<b><math>M_{BEP}</math></b>	<b><math>F</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>\eta_p^2</math></b>	<b><math>1-\beta</math></b>
<b>GSI</b>	0.46	0.09	133.32	.000	.206	1.00
<b>PST</b>	25.41	5.29	289.97	.000	.361	1.00
<b>PSDI</b>	1.45	0.93	142.28	.000	.217	1.00

*Nota.*  $gl(1, 514)$ ;  $M_{AEP}$  = Media de la condición de sujetos del grupo de nivel alto de estrés percibido;  $M_{BEP}$  = Media de la condición de sujetos del grupo de nivel bajo de estrés percibido.

Los efectos univariados (ver Tabla 10), por su parte, advierten de un aumento significativo en el número de síntomas positivos informados (PST), así como de mayor severidad de daño (GSI) y malestar referido a síntomas positivos (PSDI) entre aquellos del nivel alto de estrés percibido. Malestar que se cuantifica en un incremento del 45.39, 60.08 y 46.58% en el padecimiento de síntomas positivos, en la severidad global del daño en la salud mental y en el malestar (severidad) en los síntomas positivos, respectivamente.

### **3.4 Estrés percibido y su relación con otras variables de interés**

La distribución de la muestra de militares desplegados en misión es asimétrica,  $\chi^2(1, N = 935) = 498.92$ ,  $p < .001$ , presentando mayoritariamente niveles bajos de estrés, el 86.43%,  $h = 1.10$ . No obstante, niveles elevados de estrés son percibidos por un grupo

significativo (valor de prueba = .05, la significatividad estadística),  $Z = 11.92$ ,  $p < .001$ ,  $h = 0.54$ , de militares desplegados en misiones el 13.5%.

Para conocer los predictores de variables de tipo sociodemográfico (p.ej., edad, género), relacionales y familiares (p.ej., hijos, pareja), laborales (p.ej., haber participado en otras misiones internacionales, antigüedad en el Ejército), o de escape personal (p.ej., práctica de deporte) en la percepción del nivel de estrés, se llevó a cabo una regresión logística (ver Tabla 11). Los resultados mostraron apoyo al modelo,  $-2 \log \text{likelihood} = 691.28$ ;  $\chi^2(1, N = 890) = 12.66$ ;  $p < .01$ , con un buen ajuste,  $\chi^2 = 0.05$ ,  $p = .977$ ,  $R^2$  de Nagelkerke = .026,  $R^2$  de Cox y Snell = .014, en el que la práctica de deporte y la tenencia de hijos predicen el estrés en misiones (estado). Este modelo clasifica correctamente al 86.5% de los participantes.

Sucintamente (ver Tabla 11), los militares con hijos tienen 1.67 más probabilidades de padecer alto estrés en las misiones que los que no tienen hijos; y los que practican deporte 1.73 que no lo practican.

**Tabla 11.**

*Resultados de la regresión logística binaria del nivel de estrés percibido de los militares desplegados en función de las variables sociodemográficas.*

		B	E.T.	Wald	gl	p.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
<b>Paso 1</b>	<b>Deporte</b>	.576	.207	7.747	1	.005	1.780	1.186	2.671
	<b>Constante</b>	-.2034	.122	278.057	1	.000	.131		
<b>Paso 2</b>	<b>Hijos</b>	.514	.233	4.885	1	.027	1.672	1.060	2.638
	<b>Deporte</b>	.548	.208	6.953	1	.008	1.731	1.151	2.602
	<b>Constante</b>	-.2397	.213	127.198	1	.000	.091		

Los resultados del análisis correlacional entre la edad, experiencia de los participantes en otras misiones internacionales y la antigüedad en el ejército, con el estrés percibido, encontramos lo siguiente: no existe correlación con la edad ( $r = -.050$ , *ns*) y la experiencia en otras misiones ( $r = -.043$ , *ns*), pero sí con la antigüedad ( $r = -.083$ ,  $p < .05$ ), esto es, a más antigüedad menos estrés percibido. No obstante, la magnitud de la relación es prácticamente despreciable (tamaño del efecto muy pequeño y muy poca varianza explicada, el 0.7%). En otras palabras, dicha relación es más producto de una  $N$  muy grande (933) que de un verdadero valor predictivo.

#### **3.5 Estrategias de afrontamiento**

En una submuestra aleatoria de 55 sujetos (ver descriptivos en la Tabla 12) se midió el uso de estrategias de afrontamiento mediante el cuestionario CRI-A (Moos y Moos, 1988). Esta evaluación tuvo por objeto determinar las estrategias de afrontamiento más habituales utilizadas por los militares para enfrentarse a los diferentes estresores del medio militar, y comprobar la relación de las mismas con el estrés percibido.

**Tabla 12.**

*Descriptivos de las estrategias de afrontamiento (CRI-A) en la muestra de militares del estudio.*

<b>Estrategia afrontamiento</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>DT</i></b>
<b>Análisis lógico</b>	6.62	3.50
<b>Reencuadre positivo</b>	7.51	3.68
<b>Búsqueda de orientación y apoyo</b>	5.45	2.82
<b>Resolución de problemas</b>	8.42	4.60
<b>Evitación cognitiva</b>	5.15	3,60
<b>Aceptación-resignación</b>	4.53	3.66
<b>Búsqueda de actividades alternativas</b>	5.49	3.13
<b>Descarga emocional</b>	2.87	2.83

*Nota.* Valores absolutos.

En primer lugar, para analizar si los sujetos contaban en su repertorio con todas las estrategias de afrontamiento, se ha realizado un contraste de hipótesis de las puntuaciones obtenidas con la muestra con la no existencia de las estrategias en el repertorio (valor de prueba 0, esto es, nunca). Los resultados (ver Tabla 13) mostraron que los militares cuentan en su repertorio con todo el elenco de estrategias de afrontamiento.

**Tabla 13.***Prueba t para una muestra con valor de contraste 0 (Nunca).*

<b>Estrategia afrontamiento</b>	<b><math>M_{PMM}</math></b>	<b><math>t</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>d</math></b>
<b>Análisis lógico</b>	1.10	14.03	.000	2.70
<b>Reencuadre positivo</b>	1.25	15.15	.000	2.92
<b>Búsqueda de soporte</b>	0.90	14.34	.000	2.76
<b>Resolución de problemas</b>	1.40	13.57	.000	2.61
<b>Evitación cognitiva</b>	0.85	10.59	.000	2.02
<b>Aceptación-resignación</b>	0.75	9.18	.000	1.77
<b>Búsqueda de act. alternativas</b>	0.92	13.00	.000	2.50
<b>Descarga emocional</b>	0.48	7.53	.000	1.45

*Nota.*  $gl(54)$ ;  $M_{PMM}$  = Media ponderada de la submuestra de militares desplegados.

Una vez confirmado que los militares disponen en su repertorio conductual de todas las estrategias de afrontamiento, procedimos a estudiar qué estrategias usan de modo significativo, esto es, a veces o más a menudo y cuáles muy esporádicamente (valor de prueba = 1; casi nunca). Los resultados (ver Tabla 14) revelan que las estrategias de afrontamiento de problemas análisis lógico, búsqueda de orientación y apoyo, y búsqueda de alternativas no son usadas casi nunca; la evitación cognitiva, aceptación-resignación, y descarga emocional con menor frecuencia a casi nunca; en tanto las estrategias reencuadre positivo y resolución de problemas conforman las estrategias habituales para la resolución de problemas.

**Tabla 14.***Prueba t para una muestra con valor de contraste 1 (Casi nunca).*

<b>Estrategia afrontamiento</b>	<b><math>M_{PMM}</math></b>	<b><math>t</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>d</math></b>
<b>Análisis lógico</b>	1.10	1.31	.196	0.25
<b>Reencuadre positivo</b>	1.25	3.04	.004	0.59
<b>Búsqueda de orientación y apoyo</b>	0.90	-1.43	.157	-2.76
<b>Resolución de problemas</b>	1.40	3.90	.000	0.75
<b>Evitación cognitiva</b>	0.85	-1.76	.084	-0.34
<b>Aceptación-resignación</b>	0.75	-2.99	.004	-0.58
<b>Búsqueda de act. alternativas</b>	0.92	-1.21	.233	-0.23
<b>Descarga emocional</b>	0.48	-8.20	.000	-1.58

*Nota.*  $gl(54)$ ;  $M_{PMM}$  = Media ponderada de la muestra de militares desplegados.

Realizado un contraste de medias entre las diferentes estrategias de afrontamiento con el factor género (hombres vs. mujeres) y el factor empleo (mando vs. tropa), no se ha encontrado, en ningún caso, que dichos factores medien diferencias en ninguna de las estrategias. No obstante, los diseños de dichos estudios no alcanzan una potencia suficiente ( $1-\beta < .80$ ) para tomar estos resultados como determinantes.

Con el fin de comparar entre sí el uso de las estrategias de resolución de problemas, procedimos a realizar un ANOVA con el factor de agrupación tipo de estrategia, hallando que hay una frecuencia de uso diferente en las estrategias,  $F(7, 414) = 11.39$ ,  $p < .001$ . Los contrastes a posteriori con el nivel de protección de Bonferroni ( $.05/8 = .000625$ ) pusieron de manifiesto que el Análisis lógico ( $M = 6.62$ ) es



significativamente más utilizado que la descarga emocional ( $M = 2.87$ ); el reencuadre positivo ( $M = 7.51$ ) que la aceptación-resignación, y que la descarga emocional ( $M = 2.87$ ); la búsqueda de orientación y apoyo ( $M = 5.45$ ) es significativamente menos utilizada que la resolución de problemas ( $M = 8.42$ ); la resolución de problemas ( $M = 8.42$ ) es significativamente más utilizada que la búsqueda de orientación y apoyo ( $M = 5.45$ ), la evitación cognitiva ( $M = 5.15$ ), la aceptación-resignación ( $M = 4.53$ ) y la descarga emocional ( $M = 2.87$ ); la evitación cognitiva ( $M = 5.15$ ) es significativamente menos utilizada que la resolución de problemas ( $M = 8.42$ ); la aceptación-resignación ( $M = 4.53$ ) es significativamente menos utilizada que el reencuadre positivo ( $M = 7.51$ ) y la resolución de problemas ( $M = 8.42$ ); la descarga emocional ( $M = 2.87$ ) es significativamente menos utilizada que el análisis lógico ( $M = 6.62$ ), el reencuadre positivo ( $M = 7.51$ ) y la resolución de problemas ( $M = 8.42$ ).

Con objeto de comprobar si aquellos sujetos que tienen experiencia en misiones internacionales utilizan estrategias de afrontamiento diferentes a las de aquellos que son desplazados por primera vez, se ha realizado un contraste de medias en la evaluación del afrontamiento. Los resultados (ver Tabla 15) mostraron que los militares con experiencia en misiones tienen en su repertorio de estrategia más marcada la estrategia descarga emocional.

**Tabla 15.**

*Prueba t para muestras independientes con el factor experiencia en misiones (sí vs. no) en el uso de estrategias de afrontamiento.*

<b>Estrategia afrontamiento</b>	<b><math>M_{GSE}</math></b>	<b><math>M_{GCE}</math></b>	<b><math>t(gl)</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>d</math></b>
<b>Análisis lógico</b>	6.64	6.61	1.31(53)	.196	0.25
	6.93	7.71	-3.04(53)	.004	-
<b>Reencuadre positivo</b>					0.59
<b>Búsqueda de orientación y apoyo</b>	4.43	5.80	-1.43(53)	.157	-
					2.76
<b>Resolución de problemas</b>	8.64	8.34	3.90(53)	.000	0.75
<b>Evitación cognitiva</b>	5.71	4.95	1.76(53)	.084	0.34
	4.36	4.59	-2.99(53)	.004	-
<b>Aceptación-resignación</b>					0.58
	5.43	5.51	-1.21(53)	.233	-
<b>Búsqueda act. alternativas</b>					0.23
	1.71	3.27	-	.000	-
<b>Descarga emocional</b>			8.20(52.9)		1.58

*Nota.*  $M_{GSE}$  = Media del grupo sin experiencia ;  $M_{GCE}$  = Media del grupo con experiencia.

### 3.6 Estrategias de afrontamiento y estrés percibido

Conocidos los condicionantes, y cuantificados los efectos del afrontamiento y el estrés percibido, nos propusimos estudiar el valor predictivo de las estrategias de afrontamiento respecto al estrés percibido. Los resultados evidenciaron que el empleo de las estrategias

de aceptación o resignación, con un tamaño del efecto entre moderado y grande y que explica el 17.80% de la varianza del estrés percibido, y descarga emocional, con un tamaño del efecto más que grande (un tamaño del efecto superior al 94.88%) que da cuenta de cerca del 50% de la varianza del estrés percibido, son predictores positivos y significativos del estrés percibido, en tanto la estrategia búsqueda de actividades alternativas es un predictor negativo y significativo del estrés percibido, con un tamaño del efecto entre pequeño y moderado y dando cuenta del 7.45% de la varianza.

**Tabla 16.**

*Correlación (corregida por la atenuación del predictor y el criterio) y varianza explicada (VE) entre el estrés percibido y las estrategias de afrontamiento.*

Variables	Estrés percibido	
	<i>r</i>	VE
Análisis lógico	.032	0.10
Reevaluación positiva	.029	0.08
Búsqueda de apoyo	.118	1.39
Resolución de problemas	-.076	0.01
Evitación cognitiva	.193	3.72
Aceptación-resignación	.442**	17.80
Búsqueda actividades alternativas	-.273	4.92
Descarga emocional	.699**	48.86

*Nota.*  $N = 55$ ; \*\* $p < .01$  (bilateral); \* $p < .05$  (bilateral).

### 3.7 Estrategias de afrontamiento y ajuste psicológico

En cuanto a la relación entre las estrategias de afrontamiento y el ajuste psicológico (ver Tabla 17), hallamos correlaciones positivas y significativas entre las estrategias de afrontamiento de aceptación-resignación y descarga emocional con todas las dimensiones clínicas, dando cuenta la descarga emocional de más del 50% ( $VE > .50$  i.e., 2 *DT*) de la varianza (un tamaño del efecto más que grande) en todas las dimensiones clínicas, y la aceptación-resignación dando cuenta de un tamaño del efecto moderado ( $.059 > VE < .137$ ) con somatización, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo; y grande ( $VE > .137$ ) con obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad. Además, la ideación paranoide se relaciona positiva y significativamente con búsqueda de orientación y apoyo (tamaño del efecto grande) y análisis lógico (tamaño del efecto moderado), y el psicoticismo, también positiva y significativamente, con la búsqueda de orientación y apoyo (tamaño del efecto moderado).

**Tabla 17.**

*Correlaciones corregidas por la atenuación (varianza explicada) entre las dimensiones clínicas y las estrategias de afrontamiento.*

	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI
<b>AL</b>	.176(.03)	.149(.02)	.250(.06)	.189(.04)	.180(.03)	.268(.07)*	.056(.00)	.330(.11)*	.167(.03)
<b>RP</b>	.120(.01)	.161(.03)	.185(.03)	.179(.03)	.125(.02)	.232(.05)	.010(.01)	.205(.04)	.098(.00)
<b>BOA</b>	.142(.02)	.042(.00)	.261(.07)	.196(.04)	.212(.04)	.139(.02)	.254(.06)	.396(.16)**	.287(.08)*
<b>REPRO</b>	.103(.01)	-.007(.00)	.102(.01)	.077(.00)	.060(.00)	.046(.00)	.067(.00)	.187(.03)	.080(.00)
<b>EC</b>	.066(.00)	.204(.04)	.047(.00)	.074(.00)	.075(.00)	.219(.05)	.007(.00)	.079(.00)	.076(.00)
<b>AR</b>	.277(.08)*	.564(32)**	.372(.14)**	.379(.14)**	.411(.17)**	.347(.12)**	.355(13)**	.295(.09)*	.308(.09)**
<b>BAA</b>	.089(.00)	.145(.02)	.148(.02)	.103(.01)	.091(.00)	.377(.14)**	-.029(.00)	.235(.06)	.153(.02)
<b>DE</b>	.708(.50)**	.724(.52)**	.990(.98)**	.805(.65)**	.793(.63)**	.716(.51)**	.747(.56)**	.912(.83)**	.888(.79)**

*Nota.*  $N = 55$ ; SOM = somatización; OBS = obsesión-compulsión; INT = sensibilidad interpersonal; DEP = depresión; ANS = ansiedad; HOS = hostilidad; FOB = ansiedad fóbica; PAR = ideación paranoide; PSI = psicoticismo. AL = análisis lógico; RP = Reevaluación positiva; BOA = búsqueda de orientación y apoyo; REPRO = Resolución de problemas; EC = evitación cognitiva; AR = aceptación-resignación; BAA = búsqueda de actividades alternativas; DE = descarga emocional. \*\* $p < .01$  (bilateral); \* $p < .05$  (bilateral).

Por su parte, los análisis de correlaciones de las estrategias de afrontamiento con los indicadores globales de malestar (ver Tabla 18), advierten de una correlación positiva y significativa de la estrategia de afrontamiento Aceptación-resignación con el Índice de Severidad Global y el Total de Síntomas Positivos, con tamaños del efecto grandes ( $VE = .137$ ) ; y la estrategia de Descarga Emocional con el Índice de Severidad Global (GSI), el Total de Síntomas Positivos (PST) y el Índice de Severidad Referido a Síntomas Positivos (PSDI), con un tamaño del efecto grande con el PSDI y más grande para el GSI y PST ( $VE > .48$  i.e.,  $1.90 DT$ ).

**Tabla 18.**

*Correlaciones corregidas por la atenuación (varianza explicada) entre el malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento*

<b>Variables</b>	<b>GSI</b>	<b>PST</b>	<b>PSDI</b>
<b>Análisis lógico</b>	.191(.04)	.206(.04)	.141(.02)
<b>Reevaluación positiva</b>	.153(.02)	.137(.02)	.044(.00)
<b>Búsqueda de orientación y apoyo</b>	.207(.04)	.083(.01)	-.202(.04)
<b>Resolución de problemas</b>	.078(.01)	.062(.00)	-.090(.01)
<b>Evitación cognitiva</b>	.086(.01)	.159(.03)	.028(.00)
<b>Aceptación-resignación</b>	.370(.137)**	.394(.16)**	.163(.03)
<b>Búsqueda actividades alternativas</b>	.154(.02)	.108(.01)	-.036(.00)
<b>Descarga emocional</b>	.795(.63)**	.690(.48)**	.394(.16)**

*Nota.* \*  $N = 55$ ; \* $p < .01$  (bilateral).

### 3.8. Estrategias de afrontamiento y su relación con otras variables de interés

Ni el puesto (ver Tabla 19), ni tener la pareja (ver Tabla 20), ni tener hijos (ver Tabla 21) median diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento de problemas. En cambio, aquellos con experiencia previa en misiones (ver Tabla 22) mostraron una mayor tendencia al uso de la descarga emocional como estrategia de afrontamiento. No obstante, en muchas comparaciones los tamaños del efecto (muchos superiores a 0.30 y 0.40), así como la escasa potencia de los diseños (potencia: 0.33 para puesto, 0.57 para pareja, y 0.42 para hijos), advierten que es necesario estudios con tamaños muestrales mayores porque posiblemente estemos cometiendo un error tipo II.

**Tabla 19.**

*Prueba t para muestras independientes con el factor experiencia en tener hijos (mando vs. tropa) en el uso de estrategias de afrontamiento.*

Estrategia afrontamiento	$M_{Mdo}$	$M_{Tro}$	$t(gl)$	$p$	$d$
Análisis lógico	7.71	6.30	0.99(51)	.325	0.41
Reencuadre positivo	8.86	7.22	1.09(51)	.281	0.43
Búsqueda orientación y apoyo	6.29	5.28	0.86(51)	.393	0.35
Resolución de problemas	8.29	8.33	-0.21(51)	.983	-0.00
Evitación cognitiva	5.00	5.15	-0.10(51)	.919	-0.04
Aceptación-resignación	5.43	4.33	0.73(51)	.467	0.29
Búsqueda act. alternativas	5.71	5.39	0.25(51)	.802	0.10
Descarga emocional	3.86	2.63	1.06(51)	.293	0.44

*Nota.*  $M_{Mdo}$  = Media del grupo de mandos;  $M_{Tro}$  = Media del grupo de tropa.

**Tabla 20.**

*Prueba t para muestras independientes con el factor experiencia en tener pareja (sí vs. no) en el uso de estrategias de afrontamiento.*

Estrategia afrontamiento	$M_{Sin}$	$M_{Con}$	$t(gl)$	$p$	$d$
Análisis lógico	5.80	7.30	-1.61(53)	.114	-0.43
Reencuadre positivo	7.12	7.83	-0.71(53)	.479	-0.19
Búsqueda orientación y apoyo	4.72	6.07	-1.80(53)	.078	-0.48
Resolución de problemas	7.60	9.10	-1.21(53)	.232	-0.32
Evitación cognitiva	5.76	4.63	1.16(53)	.252	0.31
Aceptación-resignación	5.32	3.87	1.48(53)	.144	0.39
Búsqueda act. alternativas	6.12	4.97	1.37(53)	.176	0.36
Descarga emocional	2.56	3.13	-0.75(52.1)	.459	-0.20

*Nota.*  $M_{Sin}$  = Media del grupo sin pareja;  $M_{Con}$  = Media del grupo con pareja.

**Tabla 21.**

*Prueba t para muestras independientes con el factor experiencia en tener hijos (sí vs. no) en el uso de estrategias de afrontamiento.*

Estrategia afrontamiento	$M_{Sin}$	$M_{Con}$	$t(gl)$	$p$	$d$
Análisis lógico	6.68	6.36	0.27(53)	.790	0.08
Reencuadre positivo	7.39	8.00	-0.49(53)	.625	-0.15
Búsqueda orientación y apoyo	5.20	6.45	-1.04(12.3)	.318	-0.38
Resolución de problemas	8.75	7.09	1.07(53)	.289	0.33
Evitación cognitiva	5.20	4.91	0.24(53)	.810	0.07
Aceptación-resignación	4.36	5.18	-0.66(53)	.512	-0.21
Búsqueda act. alternativas	5.84	4.09	1.68(53)	.098	0.54
Descarga emocional	2.59	4.00	-1.05(11.5)	.317	-0.39

*Nota.*  $M_{Sin}$  = Media del grupo sin hijos ;  $M_{Con}$  = Media del grupo con hijos.



**Tabla 22.**

*Prueba t para muestras independientes con el factor experiencia en misiones (sí vs. no) en el uso de estrategias de afrontamiento.*

<b>Estrategia afrontamiento</b>	<b><math>M_{Sin}</math></b>	<b><math>M_{Con}</math></b>	<b><math>t(gl)</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>d</math></b>
<b>Análisis lógico</b>	6.64	6.61	0.03(53)	.976	0.01
<b>Reencuadre positivo</b>	6.93	7.71	-0.68(53)	.499	-0.21
<b>Búsqueda de orientación y apoyo</b>	4.43	5.80	-1.60(53)	.116	-0.49
<b>Resolución de problemas</b>	8.64	8.34	0.21(53)	.835	0.06
<b>Evitación cognitiva</b>	5.71	4.95	0.68(53)	.499	0.21
<b>Aceptación-resignación</b>	4.36	4.59	-0.20(53)	.842	-0.06
<b>Búsqueda act. alternativas</b>	5.43	5.51	-0.85(53)	.932	-0.02
<b>Descarga emocional</b>	1.71	3.27	-2.74(52.9)	.008	-0.56

*Nota.*  $M_{Sin}$  = Media del grupo sin experiencia en misiones ;  $M_{Con}$  = Media del grupo con experiencia en misiones.

## **4.DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

### **4.1 Limitaciones del estudio**

Este estudio está sujeto a unas limitaciones que es preciso tener presentes a la hora de generalizar los resultados. Primera, estos resultados están limitados a una población particular y con un entrenamiento físico y psicológico específico, por lo que la generalización a otras poblaciones puede ser problemática. De hecho, los marcadores de estrés y salud son inferiores a los de la población normativa. Segunda, las condiciones de riesgo en el que se llevó a cabo la evaluación, exposición a un estresor traumático (concretamente, exposición a la guerra; APA, 2014, influyen en el estado psicológico de modo diferente a otros factores estresantes (no graves y traumáticos), tal como los estresores psicosociales. Tercera, aunque en la población evaluada era de ambos sexos, mayoritariamente estaba conformada por varones (93.5%), que reaccionan y afrontan de forma diferente el estrés que las mujeres. Cuarta, pese a que las pruebas realizadas a los sujetos fueron anónimas, las respuestas de los participantes pueden estar contaminadas tanto por disimulación (se sospecha debido al interés que pueden mostrar los sujetos en sobreinformar de habilidades profesionales y ocultar carencias), cuyos efectos se ha encontrado que

afectan muy significativamente los resultados de la evaluación (Fariña, Redondo, Seijo, Novo, y Arce, 2017) y no detectable con la técnicas estándar de medida (Fariña, Arce, y Sotelo, 2010), como de simulación/sobresimulación de daño o disfuncional para obtener beneficios), que ha de sospecharse en este contexto de evaluación (APA, 2014) y con efectos demostrados en la misma, tal como simular o exagerar daño para no servir en la misión (Arce, Fariña, y Vilariño, 2015). No obstante, dado que los autoinformes de la evaluación del estado psicológico resultaron más positivos que la población normativa se infiere que, en general, no estuvieron sesgados por (sobre)simulación, esto es, la (sobre)simulación sólo pudo sesgar las respuestas de individuos concretos, pero no a la población total. Quinta, la falta de fiabilidad de las medidas, que sólo pudo ser corregida en algunos análisis de datos.

#### **4.2 Implicaciones del despliegue militar en el estrés percibido.**

En este estudio partíamos de la hipótesis inicial (hipótesis 1) de que la participación en un despliegue militar tendría consecuencias sobre el estrés percibido por los militares participantes en el mismo. Esta participación conlleva separarse de su familia y de su entorno, desplazarse a un ambiente desconocido o poco familiar y muchas veces hostil, y vivir en unas condiciones de vida caracterizadas por la ausencia de confort y con una exigencia laboral muy alta. De la contingencia de

#### 4. Discusión y conclusiones

estos factores (Pasto, McCreary, y Thompson, 2002), se espera que el nivel de estrés percibido que el sujeto tiene en su vida cotidiana se vea aumentado cuando es desplegado en un contingente militar. Los resultados no sólo prestan apoyo a la misma, sino que también permiten cuantificar el incremento en el despliegue del estrés percibido entre un 25 y un 30%. A su vez, este resultado es generalizable con una probabilidad del .975 a otros estudios con la misma población con un tamaño del efecto mayor de 1.90. Complementariamente, hallamos que la población militar informó de niveles categóricamente menores (tamaño del efecto mayor que el 98% y una probabilidad de percibir un nivel de estrés superior en la población normal del 95%) que la población general. En suma, la robustez de la hipótesis, así como su generalización (no hay resultados inconvenientes), le confiere un estatus de hecho (Popper, 1961). En consecuencia, la población militar percibe el estrés en menor medida de lo esperado, lo que puede ser un efecto de las características propias de la población militar (i.e., la selección incidental), del entrenamiento militar o de la interacción entre ambas variables. Si bien, se espera que sea el producto de ambas variables, el mayor peso probablemente sea debido al entrenamiento.

Una segunda hipótesis (hipótesis 2) respecto al estrés percibido en zona de operaciones preveía un incremento del mismo de manera directa y proporcional al tiempo del despliegue. Esto es, a medida que aumentan la permanencia en zona de operaciones, se preveía un

aumento del estrés percibido por parte del sujeto por un efecto acumulativo. Esta afirmación se sustentaba por deducción en los hallazgos de estudios que establecían una relación directa entre el tiempo del despliegue y sintomatología clínica (Adler, Huffman, Bliese, y Castro, 2005; MHAT 9, 2013), de modo que ésta podría ser consecuencia de la exposición continuada a un estresor y, subsecuentemente, al estrés percibido. Los resultados, por el contrario, informan que los militares perciben un nivel constante de estrés a lo largo de la misión, esto es, refutan la hipótesis. Una revisión de los estudios longitudinales de los efectos en el ajuste psicológico de la permanencia en despliegue puso de manifiesto que los efectos adversos no estaban tan relacionados con la permanencia como con la experiencia de combate (Pietrzak, Pullman, Cotea, y Nasveld, 2013). Esta hipótesis alternativa da perfecta cuenta de nuestros resultados pues la mayoría de los desplegados no tuvieron experiencias de combate directo.

#### **4.3 Implicaciones de la percepción de estrés sobre el ajuste psicológico.**

Es muy numerosa la literatura que refleja las consecuencias negativas para la salud del individuo de la exposición al estrés (Ansari, Oskrochi, y Haghgoo, 2014; Lane, Hourani, Bray, y Williams, 2012; Teh, Archer, Chang, y Chen, 2015; White et al., 2014). Asimismo, otra ha encontrado que el estrés tiene una función adaptiva (Ng y Jeffery,

#### 4. Discusión y conclusiones

2003), tal que prepara al individuo para afrontar una situación demandante del entorno (hipótesis 1). La diferencia entre unos y otros resultados descansa en la intensidad y duración del estrés (su percepción) de modo que la exposición a situaciones percibidas como altamente estresantes o prolongadas en el tiempo (incluso en el caso de estresores menores), conllevan resultados negativos en la salud. Los resultados de nuestro estudio apoyan esta hipótesis (hipótesis 3) con rotundidad (el tamaño del efecto es superior al 93% en las dimensiones clínicas y del 95% en los índices de malestar psicológico; con un daño del 61% en el ajuste psicológico y un 65.57% en el malestar; y generalizable al 97.5% de futuros estudios para un tamaño mínimo del efecto de .55 en las dimensiones clínicas y de .61 en los índices de malestar): los militares que perciben mayores niveles de estrés en misión presentan peores marcadores de salud psicológica.

#### **4.4 Implicaciones de las estrategias de afrontamiento en el estrés percibido y el ajuste psicológico**

La literatura científica no ha establecido, como era de esperar, un relación uniforme entre estrategias de afrontamiento y resolución de problemas (Suls y Fletcher, 1985). En otras palabras, no se confiere a las mismas un valor sistemáticamente positivo o negativo. Recae en el individuo la decisión de con qué estrategia afrontar el problema (no es una conducta automática, sino procesada). Para ello el individuo ha de

prever las consecuencias (en un rango de positivas a negativas) del recurso a una u otra estrategia (remarca la importancia de disponer de un repertorio completo de estrategias) para el afrontamiento del problema (Lazarus y Folkman, 1984, 1991). Por ello, nuestro primer objetivo fue conocer si los militares disponían del repertorio completo de estrategias de afrontamiento. Los resultados pusieron de manifiesto que la población de militares dispone de todo el repertorio de estrategias de afrontamiento (la estrategia menos utilizada, descarga emocional, presenta una probabilidad de uso, frente a no uso, de .85; esto es, en condiciones en que se juzga el empleo de la misma, la aplicarían en el 85%). En suma, la población militar dispone del repertorio completo de estrategias de resolución de problemas, prestando así apoyo a la hipótesis 4. El siguiente paso fue identificar qué estrategias de afrontamiento usa la población militar con frecuencia. Los resultados mostraron que las estrategias de uso frecuente eran reencuadre positivo y resolución de problemas; de uso esporádico (casi nunca) análisis lógico, búsqueda de orientación y apoyo, evitación cognitiva, búsqueda de actividades alternativas; y de uso muy esporádico (con menor frecuencia a casi nunca; esto es, prácticamente nunca) aceptación-resignación y descarga emocional. Si bien todas las estrategias de afrontamiento pueden ser eficaces y oportunas, una resultan, en el uso continuado, más efectivas que otras. Esto llevó a que se clasificaran las estrategias en adaptativas (más eficaces en general en el afrontamiento de situaciones estresantes o resolución de problemas) y desadaptativas

#### 4. Discusión y conclusiones

(menos eficaces, en general) (Feelgood, Cotoni, y Thompson, 2005). Las estrategias desapativas son aquellas centradas en las emociones y evitativas (en la medida del presente estudio: evitación cognitiva, aceptación-resignación, búsqueda de actividades alternativas, y descarga emocional y se relacionan la inadaptación social. Por su parte, las adaptativas son aquellas dirigidas al problema, tanto cognitivamente como conductualmente (en este estudio: análisis lógico, reencuadre positivo, búsqueda de orientación y apoyo y resolución de problemas). La literatura ha identificado las estrategias adaptativas como propias de la competencia social y el ajuste psicológico (Arce, Fariña, y Vázquez, 2011; Arce, Seijo, Fariña, y Mohamed-Mohand, 2010; Coyne, Aldwin, y Lazarus, 1981; Folkman, Lazarus, Gruen, y Delongis, 1986; Mitchell, Cronkite, y Moos, 1983; Parker y Brown, 1982), y las desadaptativas con la incompetencia, inadaptación social y desajuste psicológico (Arce, Fariña, y Novo, 2014; Kirchner, Forns, Amador, y Muñoz, 2010). Pues bien, en la población de militares se observa un empleo muy reducido de las estrategias desadaptativas (menos riesgo de incompetencia). De éstas hallamos, entre los militares, que la descarga emocional y la aceptación o resignación, predicen fuertemente incrementos en el estrés percibido que, a niveles elevados, inhibe el rendimiento y el ajuste psicológico (efectos negativos de las estrategias desadaptativas en esta población) por lo que será necesario intervenir sobre los individuos (no la población porque en ésta son e uso residual)



que exhiban un nivel de uso no mínimo (la línea base es prácticamente nunca). Ahora bien, el recurso a estrategias adaptativas (competencia social en la resolución de problemas) es dispar. Así, las estrategias reencuadre positivo y resolución de problemas son las más empleadas y con asiduidad, en tanto las estrategias análisis lógico y búsqueda de orientación y apoyo son menos y escasamente utilizadas. En términos de utilidad práctica, los militares se sirven de estrategias adaptativas (i.e., análisis lógico, búsqueda de apoyo y soporte) para afrontar el incremento en las ideas persecutorias y el aislamiento social (en poblaciones no psiquiátricas el psicoticismo se refiere a aislamiento social; Osuna, López-Martínez, Arce, y Vázquez, 2015) que puede surgir en su desempeño profesional en misiones. En conclusión, el adiestramiento militar ha de reorientarse a potenciar (la reiteración del entrenamiento militar, por el contrario, se relaciona con la mayor frecuencia de uso de estrategias desadaptativas, la descarga emocional. Por ello, se requiere reformular el entrenamiento y no intensificarlo) el uso correcto de estas dos estrategias relacionadas con la competencia social y el ajuste psicológico.

#### **4.5 Implicaciones de las variables personales y contextuales en las estrategias de afrontamiento y en la percepción del estrés.**

Si bien la población militar presenta unos niveles muy satisfactorios de manejo del estrés (> 85% en el nivel bajo), resta un

#### 4. Discusión y conclusiones

grupo importante y significativo ( $\pm 15\%$ ) de individuos con niveles no satisfactorios. Éstos se relacionan, en contextos altamente estresantes, con un desempeño inadecuado, requiriendo de una apropiada regulación emocional (Cabanach, Souto-Gestal, y Cervantes, 2017). Así pues, los programas de entrenamiento militar han de dirigirse a este grupo de individuos con altos niveles de percepción del estrés (población diana) con contenidos neutralizadores de los factores de riesgo (hijos y afrontamiento del estrés de forma inadecuada a través de una estrategia evasiva-evitativa la práctica de deporte —búsqueda de actividades alternativas que es desadaptativa. Téngase presente que la relación de la práctica deportiva con el manejo del estrés es positiva a otros niveles de estrés, pero no así a niveles extremos en los que inhibe el desempeño —conducta evitativa; Fariña, Arce, Sobral, y Caramés, 1991; Gill, 1994; Lee, Goudarzi, Baldwin, Rosenfield, y Telch, 2011) y aprendizaje de técnicas de autorregulación emocional.

Las variables personales (i.e., pareja, hijos), de empleo (mando vs. tropa) no se relaciona con el empleo de estrategias de afrontamiento del estrés en misiones. No obstante, estos datos no son consistentes internamente (discrepancia entre significatividad y tamaño del efecto) por lo que no son concluyentes. Por su parte, la experiencia en misiones se vincula con el mayor empleo de la estrategia desadaptativa e ineficaz en el afrontamiento del estrés, la descarga emocional. En consecuencia, la preparación de los militares para misiones ha de contemplar esta

contingencia en los programas de entrenamiento, dirigida a aquellos con experiencia en anteriores misiones (población diana).

#### **4.6 Futuras líneas de investigación**

Del presente estudio se derivan nuevos planteamientos de investigación de cara al futuro. Así, investigación futura ha de establecer el papel de los predictores, especialmente del entrenamiento militar en el estrés percibido, en el ajuste psicológico; saber si el incremento del estrés en misiones es necesario para el buen desempeño en las mismas (y, en su caso, hasta qué niveles) o contraproducente; estudiar los efectos de la experiencia de combate en el estrés percibido; conocer si los altos niveles de estrés percibido intra-población inhiben o deterioran el rendimiento militar y, en su caso, cuánto y cuál; y ampliar la potencia de los diseños que se mostraron insuficientes y con resultados inconsistentes.



FERNANDO J. RODRÍGUEZ ALONSO





## **REFERENCIAS**

- Abitov, I. R. (2014). Model of psychological disadaptation at psychosomatic and neurotic disorders. *Review of European Studies*, 7(1), 136-140. <http://dx.doi.org/10.5539/res.v7n1p136>
- Adler, A. B., Huffman, A. H., Bliese, P. D., y Castro, C. A. (2005). The impact of deployment length and experience on the well-being of male and female soldiers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(2), 121-134. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.11.1.134>
- Adler, A. B., Wright, K. M., Huffman, A. H., Thomas, J., y Castro, C. (2001). Deployment cycle effects on the psychological screening of soldiers. *U.S. Army Medical Department Journal*, 4, 31-37. Recuperado de <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a388337.pdf>
- Aldwin, C. M., y Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337-348. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.2.337>
- Amado, B. G., Arce, R., y Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention*, 24, 49-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2015.03.002>
- Amado, B. G., Arce, R., Fariña, F., y Vilariño, M. (2016). CBCA reality criteria in adults: A meta-analytic review. *International Journal of*

## REFERENCIAS

- Clinical and Health Psychology*, 16(2), 201-210.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.01.002>
- American Psychiatric Association. (1988). *DSM-III-R: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid, España: Panamericana.
- Anisman, H. (2015). *Stress and your health: From vulnerability to resilience*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Ansari, W., Oskrochi, R., y Haghgoo, G. (2014). Are students' symptoms and health complaints associated with perceived stress at university? Perspectives from the United Kingdom and Egypt. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(10), 9981-10002.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph111009981>
- Arce, R., Fariña, F., y Novo, M. (2014). Competencia cognitiva en penados primarios y reincidentes: Implicaciones para la reeducación. *Anales de Psicología*, 30(1), 259-266.  
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.158201>



- Arce, R., Fariña, F., Seijo, D., y Novo, M. (2015). Assessing impression management with the MMPI-2 in child custody litigation. *Assessment*, 22(6), 769-777. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191114558111>
- Arce, R., Fariña, F., y Vázquez, M. J. (2011). Grado de competencia social y comportamientos antisociales delictivos y no delictivos en menores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 473-486. <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.v43i3.487>
- Arce, R., Fariña, F., y Vilariño, M. (2015). Daño psicológico en casos de víctimas de violencia de género: Un estudio comparativo de las evaluaciones forenses. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(2), 72-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rips.2015.04.002>
- Arce, R., Seijo, D., Fariña, F., y Mohamed-Mohand, L. (2010). Comportamiento antisocial en menores: Riesgo social y trayectoria natural de desarrollo. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(2), 127-142. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243016324002.pdf>
- Baddeley, A. D. (2000). Selective attention and performance in dangerous environments. *Journal of Human Performance in Extreme Environments*, 5(1), 9. <https://doi.org/10.7771/2327-2937.1010>
- Bandrés, J., y Llavona, R. (1996). La psicología aeronáutica militar en España: Los pioneros (1911-1925). *Psicothema*, 8(3), 719-731. Recuperado de

## REFERENCIAS

- <http://www.psicothema.com/english/psicothema.asp?id=67>
- Bandrés, J., y Llavona, R. (1997). Santos Rubiano: La introducción de la psicología científica en el Ejército Español. *Psicothema*, 9(3), 659-669. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/135.pdf>
- Bartone, P. T., Adler, A. B., y Vaitkus, M. A. (1998). Dimensions of psychological stress in peacekeeping operations. *Military Medicine*, 163(9), 587-593. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Paul\\_Bartone/publication/235074341\\_A\\_Model\\_of\\_Psychological\\_Issues\\_in\\_Peacekeeping\\_Operations/links/0a85e5342f58ab7f51000000/A-Model-of-Psychological-Issues-in-Peacekeeping-Operations.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Paul_Bartone/publication/235074341_A_Model_of_Psychological_Issues_in_Peacekeeping_Operations/links/0a85e5342f58ab7f51000000/A-Model-of-Psychological-Issues-in-Peacekeeping-Operations.pdf)
- Berkun, M. M., Bialek, H. M., Kern, R. P., y Yagi, K. (1962). Experimental studies of psychological stress in man. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76(15), 1-39. <https://doi.org/10.1037/h0093835>
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bliese, P. D., Wright, K. M., Adler, A. B., Cabrera, O., Castro, C. A., y Hoge, C. W. (2008). Validating the primary care posttraumatic stress disorder screen and the posttraumatic stress disorder checklist with soldiers returning from combat. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 272-281.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.272>

Bliese, P. D., Wright, K. M., Adler, A. B., Thomas, J. L., y Hoge, C. W. (2007). Timing of postcombat mental health assessments. *Psychological Services*, 4(3), 141-148.

<http://dx.doi.org/10.1037/1541-1559.4.3.141>

Bliese, P., Wright, K., y Adler, A. (2005). Post-deployment psychological screening: Interpreting and scoring DD Form 2900. *US Army Medical*. Recuperado de [http://usamrdd.amedd.army.mil/assets/docs/publications/bliese et al 2005 report 2005-003 interpreting and scoring dd form 2900.pdf](http://usamrdd.amedd.army.mil/assets/docs/publications/bliese_et_al_2005_report_2005-003_interpreting_and_scoring_dd_form_2900.pdf)

Boake, C. (2002). From the Binet-Simon to the Wechsler-Bellevue: Tracing the history of intelligence testing. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(3), 383-405.  
<https://doi.org/10.1076/jcen.24.3.383.981>

Boring, E. G. (1945). *Psychology for the armed services*. Washington, DC: National Academies.

Brailey, K., Vasterling, J. J., Constans, J. I., y Friedman, M. J. (2007). PTSD Symptoms, life events, and unit cohesion in U.S. Soldiers: Baseline findings from the neurocognition deployment health study. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 495-503.  
<https://doi.org/10.1002/jts.20234>

Breitbach, J. E., Rabinowitz, Y. G., y Warner, C. H. (2018). Combat and operational stress. En L. W. Roberts y C. H. Warner *Military and veteran mental health* (pp. 245-263). New York, NY: Springer.

## REFERENCIAS

- Brown, G. W., y Harris, T. O. (1978). The Bedford College life-events and difficulty schedule: Directory of contextual threat ratings of events. London, UK: Bedford College, University of London.
- Brown, M. C., Creel, A. H., Engel, C. C., Herrell, R. K., y Hoge, C. W. (2011). Factors associated with interest in receiving help for mental health problems in combat veterans returning from deployment to Iraq. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(10), 797-801.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31822fc9bf>
- Bryan, C. J., Clemans, T. A., Leeson, B., y Rudd, M. D. (2015). Acute vs. chronic stressors, multiple suicide attempts, and persistent suicide ideation in US soldiers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(1), 48-53.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000236>
- Butterworth, S. E. (2015). Combat stress: A Collateral Effect in the Operational Effectiveness Loss Multiplier (OELM) methodology. Alexandria, VA: Institute for Defense Analyses. Recuperado de <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/1001001.pdf>
- Cabanach, R. G., Souto-Gestal, A., & Cervantes, R. F. (2017). Perfiles de regulación emocional y estrés académico en estudiantes de fisioterapia. *European Journal of Education and Psychology*, 10(2), 57-67. <https://doi.org/10.1016/j.ejeps.2017.07.002>
- Carpintero, H. (2004). Historia de la psicología en España. Madrid,

España: Pirámide.

Carver, C. S., Scheier, M. F., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. Recuperado de

<https://pdfs.semanticscholar.org/5a8c/2bceefede7391164c9d45ff01f1d4619ba46.pdf>

Castro, C.A.; Hoge, C. W.; Cox, A. L. (2006) Battlemind Training: Building Soldier Resiliency. In *Human Dimensions in Military Operations – Military Leaders' Strategies for Addressing Stress and Psychological Support* (pp. 42-1–42-6). Meeting Proceedings RTO-MP-HFM-134, Paper 42. Neuilly-sur-Seine, France: RTO. Recuperado de

<http://www.rto.nato.int/abstracts.asp>

Cheng, C., Lau, H. P. B., y Chan, M. P. S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1582-1607.

<https://doi.org/10.1037/a0037913>

Ciarleglio, M. M., Aslan, M., Proctor, S. P., Concato, J., Ko J., Kaiser, A. P., y Vasterling, J. J. (2018). Associations of Stress Exposures and Social Support with subsequent long-term mental health outcomes among US Iraq War veterans. *Behavior Therapy*. Advance online. Recuperado de

[https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a\\_id/22801/supporthub/sciencedirect/](https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/22801/supporthub/sciencedirect/)

- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Doyle, W. J., Miller, G. E., Frank, E., Rabin, B. S., y Turner, R. B. (2012). Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(16), 5995-5999. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3341031/>
- Cohen, S., Karmarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cooper, C. L., y Marshall, J. (2013). *Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health*. En C. L. (Ed.), *Cooper, stress to wellbeing* (Vol 1, pp. 3-23). London, UK: Palgrave Macmillan.
- Corrás, T., Seijo, D., Fariña, F., Novo, M., Arce, R., y Cabanach, R. G. (2017). What and how much do children lose in academic settings owing to parental separation? *Frontiers in Psychology*, 8, 1545. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01545>
- Coyne, J. C., Aldwin, C., y Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(5), 439-447. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.90.5.439>

- Creech, S. K., Swift, R., Zlotnick, C., Taft, C., y Street, A. E. (2016). Combat exposure, mental health, and relationship functioning among women veterans of the Afghanistan and Iraq wars. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 43-51. <https://doi.org/10.1037/fam0000145>
- Creed, F., Mayou, R., y Hopkins, A. (1992). *Medical symptoms not explained by organic disease*. London, UK: Royal College of Psychiatrists and Royal College of Physicians of London.
- Crespo, M., y Gómez, M. (2016). Diagnostic concordance of DSM-IV and DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in a clinical sample. *Psicothema*, 28(2), 161-166. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/4307.pdf>
- Crespo, M., y Rodríguez, J. A (1998). Estrategias de afrontamiento ante el posible diagnóstico de neoplasia mamaria. *Ansiedad y Estrés*, 4(2), 253-279.
- Dean, E. T. (1997). *Shook over hell: Post-traumatic stress, Vietnam, and the Civil War*. Cambridge, UK: Harvard University Press.
- Delahaij, R., van Dam, K., Gaillard, A. W. K., y Soeters, J. (2011). Predicting performance under acute stress: The role of individual characteristics. *International Journal of Stress Management*, 18(1), 49-66. <https://doi.org/10.1037/a0020891>
- DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, 1(2), 119-136.

<http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.1.2.119>

- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R: cuestionario de síntomas*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Derogatis, L. R., y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Di Nola, G. M (2008). Stressors afflicting families during military deployment. *Military Medicine*. 173(5), 5-7. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sci-hub.tw/pubmed/18543558>
- Dohrenwend, B. S., Askenasy, A. R., Krasnoff, L., y Dohrenwend, B. P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: The PERI Life Events Scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 205-229. <https://doi.org/10.2307/2136536>
- Dohrenwend, B. S., y Dohrenwend, B. P. (1974). *A brief historical introduction to research on stressful life events*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Donoso, D. (2008). Intervención psicológica en misiones internacionales. *Revista Ejército*, 810, 68-75.
- Donoso, D. (2012). *Psicología en las fuerzas armadas*. Madrid, España: Ministerio de Defensa.
- Driskell, J. E., y Salas, E. (1996). *Stress and human performance*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Duval M, F., González, F., Rabia, H., y De Revisión, A. (2010).



Neurobiología del estrés. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 307-318. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000500006>

Engelhard, I. M. (2009). A prospective study of the relation between posttraumatic stress and physical health symptoms. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 365-372. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-327.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-327.pdf)

Escribano, C. (1998). Apoyo psicológico a las fuerzas desplegadas en Bosnia. *Revista Ejército*, 690, 42-47.

Estévez, F. J. (2012). *Personalidad y sintomatología post-traumática en una muestra de militares españoles destinados en Kosovo* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.

Fagundes, C. P., Glaser, R., y Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Stressful early life experiences and immune dysregulation across the lifespan. *Brain, Behavior and Immunity*, 27, 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.06.014>

Fariña, F., Arce, R., Sobral, J., y Caramés, R. (1991). Predictors of anxiety towards computers. *Computers in Human Behavior*, 7(4), 263-267 [https://doi.org/10.1016/0747-5632\(91\)90014-R](https://doi.org/10.1016/0747-5632(91)90014-R)

Fariña, F., Arce, R., y Sotelo, A. (2010). ¿Es efectivo el estudio psicométrico estándar del peritaje del estado clínico y de la disimulación en progenitores en litigio por la guarda y custodia de menores? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1,

- 65-79. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3155226>
- Fariña, F., Redondo, L., Seijo, D., Novo, M., y Arce, R. (2017). A meta-analytic review of the MMPI validity scales and indexes to detect defensiveness in custody evaluations. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(2), 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.02.002>
- Feelgood, S., Cortoni, F., y Thompson, A. (2005). Sexual coping, general coping, and cognitive distortions in incarcerated rapist and child molesters. *Journal of Sexual Aggression*, 11, 157-170. <https://doi.org/10.1080/13552600500073657>
- Fernández, N. (1923). Aptitud física de los aviadores. *Boletín de Medicina Naval*, VI, 913, 929-943.
- Figley, C. R., y Nash, W. P. (2011). *Combat stress injury: Theory, research, and management*. New York, NY: Routledge.
- Figueras Ballester, L. (1924). La reacción discriminante y el poder de inhibición en los pilotos de aeronáutica. Nuevo aparato para su estudio y medición. *Boletín de Medicina Naval*, VII, 1322-1333.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., y Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>

- Fontana, A., y Rosenheck, R. (1994). Traumatic war stressors and psychiatric symptoms among World War II, Korean, and Vietnam War veterans. *Psychology and Aging*, 9(1), 27-33.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.9.1.27>
- Forbes, H. J., Fear, N. T., Iversen, A., y Dandeker, C. (2011). The mental health of UK Armed Forces personnel. *The RUSI Journal*, 156(2), 14-20. <https://doi.org/10.1080/03071847.2011.576470>
- Ford, M. T., Cerasoli, C. P., Higgins, J. A., y Decesare, A. L. (2011). Relationships between psychological, physical, and behavioural health and work performance: A review and meta-analysis. *Work & Stress*, 25(3), 185-204.  
<https://doi.org/10.1080/02678373.2011.609035>
- Fulton, J. J., Calhoun, P.S., Wagner, H. R., Schry, A. R., Hair, L.P., Feeling, N. et al., 2015. The prevalence of posttraumatic stress disorder in operation enduring freedom/operation Iraqi freedom (OEF/OIF) veterans: a meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 98-107.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.003>
- Gifford, R. K., Marlowe, D. H., Wright, K. M., Bartone, P. T., y Martin, J. A. (1992). Unit cohesion in operations desert shield/storm. *Journal of the US Army Medical Department*, 11/12, 8-92.
- Gill, D. L. (1994). A sport and exercise psychology perspective on stress. *Quest*, 46(1), 20-27.  
<https://doi.org/10.1080/00336297.1994.10484108>

## REFERENCIAS

- Godfrey, K. M., Mostoufi, S., Rodgers, C., Backhaus, A., Floto, E., Pittman, J., y Afari, N. (2015). Associations of military sexual trauma, combat exposure, and number of deployments with physical and mental health indicators in Iraq and Afghanistan veterans. *Psychological Services*, 12(4), 366-377.  
<http://dx.doi.org/10.1037/ser0000059>
- Goh, Y. W., Sawang, S., y Oei, T. P. (2010). The Revised Transactional Model (RTM) of occupational stress and coping: An improved process approach. *The Australian and New Zealand Journal of Organisational Psychology*, 3, 13-20.  
<https://doi.org/10.1375/ajop.3.1.13>
- Griffith, J. (2002). Multi-level effects of military cohesion on soldier well-being, army identification, group disintegration, and combat readiness. *Military Psychology*, 14(3), 217-240.  
[https://doi.org/10.1207/S15327876MP1403\\_3](https://doi.org/10.1207/S15327876MP1403_3)
- Grossman, D., y Christensen, L. W. (2012). *On combat: The psychology and physiology of deadly conflict in war and in peace* (3a. ed.). Milstadt, IL: Human Factors Research Group, Inc.
- Hancock, P. A., y Krueger, G. P. (2010). *Hours of boredom, moments of terror: Temporal desynchrony in military and security force operations*. Washington, DC: National Defense University Center for Technology and National Security Policy. Recuperado de <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a532383.pdf>

- Harpaz-Rotem I, Rosenheck RA. (2011). Serving those who served: Retention of newly returning veterans from Iraq and Afghanistan in mental health treatment. *Psychiatric Services*, 62, 22-27. [https://doi.org/10.1176/ps.62.1.pss6201\\_0022](https://doi.org/10.1176/ps.62.1.pss6201_0022)
- Hart, P. M., Wearing, A. J., y Headey, B. (1995). Police stress and well-being: Integrating personality, coping and daily work experiences. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 68(2), 133-156. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1995.tb00578.x>
- Hart, S. G., y Staveland, L. E. (1988). Development of NASA-TLX (Task Load Index): Results of empirical and theoretical research. *Advances in Psychology*, 52, 139-183. [https://doi.org/10.1016/S0166-4115\(08\)62386-9](https://doi.org/10.1016/S0166-4115(08)62386-9)
- Hoge, C. (2011). Interventions for war-related posttraumatic stress disorder: Meeting veterans where they are. *JAMA*, 306(5), 549-551. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1096>
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., y Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351(1), 13-22. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa040603>
- Hoge, C., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., y Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war

## REFERENCIAS

- veterans. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 150-153.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.150>
- Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., y Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*, 295(9), 1023-1032.  
<https://doi.org/10.1001/jama.295.9.1023>
- Hoge, C. W., Ivany, C. G., Brusher, E. A., Brown III, M. D., Shero, J. C., Adler, A. B., y Orman, D. T. (2015). Transformation of mental health care for US soldiers and families during the Iraq and Afghanistan wars: where science and politics intersect. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 334-343.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15040553>
- Hoge, C. W., Castro, C. A., y Eaton, K. M. (2006) Impact of combat duty in Iraq and Afghanistan on family functioning: Findings from the Walter Reed Army Institute of Research Land Combat Study. En *Human Dimensions in Military Operations – Military Leaders' Strategies for Addressing Stress and Psychological Support* (pp. 51-56). Meeting Proceedings RTO-MP-HFM-134, Paper 5. Neuilly-sur-Seine, Francia: RTO. Recuperado de <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a472714.pdf>

- Holmes, M. E. (2014). The psychologist and the bombardier: The Army Air Forces' aircrew classification program in WWII. *Endeavour*, 38(1), 43-54. <https://doi.org/10.1016/j.endeavour.2013.11.002>
- Holmes, T. H., y Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Hotopf, M., Hull, L., Fear, N. T., Browne, T., Horn, O., Iversen, A., y Wessely, S. (2006). The health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: A cohort study. *The Lancet*, 367(9524), 1731-1741. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68662-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68662-5)
- Howorth, P. (2000). The treatment of shell-shock: Cognitive theory before its time. *Psychiatric Bulletin*, 24, 225-227. Recuperado de <https://goo.gl/Y5yxcL>
- Hu, T., Zhang, D., y Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
- Huebner, A., y Mancini, J. A. (2005). *Adjustments among adolescents in military families when a parent is deployed. Final Report to the Military Family Research Institute and Department of Defense Quality of Life Office*, 1-50. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.614.365&rep=rep1&type=pdf>

## REFERENCIAS

- Ibarrola, R. (1940). Memoria del Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Psicotecnia. *Psicotecnia*, 1, 4.
- Izzett, R. R. (1971). Authoritarianism and attitudes toward the Vietnam War as reflected in behavioral and self-report measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17(2), 145-148.  
<http://dx.doi.org/10.1037/h0030391>
- Jaradat, Y., Nijem, K., Lien, L., Stigum, H., Bjertness, E., y Bast-Pettersen, R. (2016). Psychosomatic symptoms and stressful working conditions among Palestinian nurses: A cross-sectional study. *Contemporary Nurse*, 52(4), 381-397.  
<https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1188018>
- Jetty, C. R. (2011). Psychiatric lessons learned in Kandahar. *Canadian Journal of Surgery*, 54(6), 142-144.  
<https://doi.org/10.1503/cjs.023911>
- Jiménez-Torres, M. G., Pilar Martínez, M., Miró, E., y Sánchez, A. I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: Diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología*, 28(1), 28-36. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/download/140492/126582>
- Johnston S. L., Robinson C., Earles J. E., Via J., Delaney E. M. (2017) State of psychology in the US Armed Forces. En S. Bowles y P. Bartone (Eds.), *Handbook of military psychology*. Cham, Suiza: Springer.



- Jones, E., y Wessely, S. (2003). Forward psychiatry in the military: Its origins and effectiveness. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 411-419. <https://doi.org/10.1023/A:1024426321072>
- Jones, F. D. (1995). Psychiatric lesson of war. En R. Zattchuk y R. F. Bellamy (Eds.), *Textbook of military medicine: War psychiatry* (pp. 1-33). Washington DC: US Army.
- Kang, H. K., Natelson, B. H., Mahan, C. M., Lee, K. Y., y Murphy, F. M. (2003). Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: A population-based survey of 30,000 veterans. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 141-148. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf187>
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., y Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 1-39. <https://doi.org/10.1007/BF00844845>
- Karayany, A. G., y Karayany, Y. M. (2016). Military psychology during the First World War. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 37(2), 122-135.
- Karstoft, K. I., Armour, C., Elklit, A., y Solomon, Z. (2015). The role of locus of control and coping style in predicting longitudinal PTSD-trajectories after combat exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 32, 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.03.007>

## REFERENCIAS

- Kennedy, C. H., y McNeil, J. A. (2006). A history of military psychology. En C. H. Kennedy y E. A. Zillmer (Ed.), *Military Psychology: Clinical and operational applications* (pp. 1-19). New York, NY: Guilford Press.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., y Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547.  
<https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Kim, P. Y., Thomas, J. L., Wilk, J. E., Castro, C. A., y Hoge, C. W. (2010). Stigma, barriers to care, and use of mental health services among active duty and National Guard soldiers after combat. *Psychiatric Services*, 61(6), 582-588.  
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2010.61.6.582>
- Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., Meyer, E. C., Silvia, P. J., Beckham, J. C., Young, K. A., y Morissette, S. B. (2015). An examination of the broader effects of warzone experiences on returning Iraq/Afghanistan veterans' psychiatric health. *Psychiatry Research*, 226(1), 78-83.  
<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.007>
- Kirchner, T., Forns, M., Amador, J. A., y Muñoz, D. (2010). Stability and consistency of coping in adolescence: A longitudinal study.

- Psicothema*, 22(3), 382-388. Recuperado de <http://www.psicothema.es/pdf/3741.pdf>
- Kirchner, T., Forns, M., Amador, J. A., y Pereda, N. (2008). Psychometric properties and dimensional structure of the Spanish version of the Coping Responses Inventory—Adult Form. *Psicothema*, 20(4), 902-909. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3573>
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.37.1.1>
- Koonce, J. M. (1984). A brief history of aviation psychology. *Human Factors*, 26(5), 499-508. <https://doi.org/10.1177/001872088402600502>
- Labrador, F. J., y Crespo, M. (2003). *Estrés*. Madrid, España: Síntesis.
- Lande, R. G. (1997). The history of forensic psychiatry in the U.S. military. En R. G. Lande y D. T. Armitage (Eds.), *Principles and practice of military forensic psychiatry* (pp. 3-27). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lane, M. E., Hourani, L. L., Bray, R. M., y Williams, J. (2012). Prevalence of perceived stress and mental health indicators among reserve-component and active-duty military personnel. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1213-1220. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300280>

## REFERENCIAS

- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1991). The concept of coping. En A. Monat y R. S. Lazarus (Ed.), *Stress and coping: An anthology* (3a. ed., pp. 189-206). New York, NY: Columbia University Press.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Lee, H. J., Goudarzi, K., Baldwin, B., Rosenfield, D., y Telch, M. J. (2011). The combat experience log: A web-based system for the in theater assessment of war zone stress. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(6), 794-800.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.03.018>
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, L., Berto, E., Luzi, C., y Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Quiesionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19-32.  
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90120-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90120-5)
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (1999). *Boletín Oficial del Estado*, 298, 43088-43099. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- Macías, H. (2007). *Estudio de los niveles de estrés del contingente español desplegado en Irak en misión de mantenimiento de la paz* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España. Recuperado de

<http://www.tesisenred.net/handle/10803/16328>

Magruder, K. M., y Yeager, D. E. (2009). The prevalence of PTSD across war eras and the effect of deployment on PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Annals*, 39(8), 778. <http://dx.doi.org/10.3928/00485713-20090728-04>

Martin, J., Vaitkus, M., Marlowe, D., Bartone, P., Gifford, R., y Wright, K. M. (1992). Psychological well-being among U.S. soldiers deployed from Germany to the Gulf War. *Journal of the US Army Medical Department*, Sept/Oct 29-34. <http://history.amedd.army.mil/booksdocs/AMEDDinODS/AMEDDODS3Martin.pdf>

Martínez Sánchez, J. A. (2014). Psychological intervention in the Spanish military deployed on international operations. *Psicothema*, 26(2) 193-199. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=4178>

McCarty R. (2016). *The fight-or-flight response: A cornerstone of stress research*. En G. Fink (Ed.), *Handbook of stress. Volume 1. Stress concepts and cognition, emotion and behavior* (pp. 33-37) San Diego, CA: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00004-2>

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>

Mcguinness B, y Harkin A. (2015) Rodent models of stress-induced

## REFERENCIAS

- depression: The link between stress and immune system related changes. En N. Muller, A. M., Myint, y M. J. Schwarz (Eds.), *Immunology and psychiatry: From basic research to therapeutic interventions* (pp. 33-62). Cham, Suiza: Springer.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona, España: Martinez Roca.
- Mental Health Advisory Team 9 (2013). *Operation Enduring Freedom (OEF) 2013*. Collingdale, PA: DIANE Publishing Company. Recuperado de <http://www.dtic.mil/get-tr-doc/pdf?AD=ADA593777>
- Michie, S., y Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: A systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 3. Recuperado de <http://oem.bmj.com/content/60/1/3.abstract>
- Milliken, C., Auchterlonie, J., y Hoge, C. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA*, 298(18), 2141-2148. Recuperado de <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a480266.pdf>
- Ministerio de Defensa. (2000). *Libro blanco de la defensa*. Madrid, España: Secretaría General Técnica del Ministerio de Defensa.
- Mitchell, R. E., Cronkite, R. C., y Moos, R. H. (1983). Stress, coping, and depression among married couples. *Journal of Abnormal*

- Psychology*, 92(4), 433-448. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.92.4.433>
- Montero, J. M. (1997). Intervención psicológica en desastres bélicos. *Papeles del Psicólogo*, 68, 37-43. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=767>
- Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory: Adult Form manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., y Howard, V. J. (2016). Heart disease and stroke statistics—2016 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), e38-e360. <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>
- Murthy, R. S., y Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: A brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25-30. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1472271/>
- Nakamura, S., Kato, K., Yoshida, A., Fukuma, N., Okumura, Y., Ito, H., y Mizuno, K. (2013). Prognostic value of depression, anxiety, and anger in hospitalized cardiovascular disease patients for predicting adverse cardiac outcomes. *American Journal of Cardiology*, 111(10), 1432-1436. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2013.01.293>
- Ng, D. M., y Jeffery, R. W. (2003). Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health*

## REFERENCIAS

- Psychology*, 22(6), 638-642. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.22.6.638>
- Núñez Amador, M. A. (1997). Intervención psicológica en operaciones militares. La experiencia en Bosnia i Herzegovina. *Anuario de Psicología Jurídica*, 7, 23-42.
- Orden Ministerial, 141/2001, de 21 de junio, por la que se establecen las Funciones y Estructura de la Psicología Militar. *Boletín oficial del Estado*, 123, 41993-42011. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2017/05/24/pdfs/BOE-A-2017-5729.pdf>
- Orden PRE/2373/2003, 4 de agosto, por la que se reestructuran los órganos médico periciales de la Sanidad Militar y se aprueban los modelos de informe médico y cuestionario de salud para los expedientes de aptitud psicofísica (2003). *Boletín oficial del Estado*, 203, 32620-32639. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2003/08/25/pdfs/A32620-32639.pdf>
- Ortega, J. (2014). Estrés y evaluación psicológica: Un acercamiento teórico relacionado al concepto de resiliencia. *Anuario de Investigaciones*, 21(1), 297-302. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v21n1/v21n1a30.pdf>
- Osuna, E., López-Martínez, M., Arce, R., y Vázquez, M. J. (2015). Analysis of response patterns on the MMPI-2 in psychiatric



- prison inmates. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 29-36.  
<https://doi.org/10.1016/J.IJCHP.2014.09.002>
- Parker, G., y Brown, L. (1982). Coping behaviors that mediate between life events and depression. *Archives of General Psychiatry*, 39(12), 1386-1391.  
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290120022004>
- Pasto, L. McCreary, D., y Thompson, M. (2002). *Deployment stressors, coping, and psychological well-being among peacekeepers*. Toronto, Canada: Defence Research and Development.
- Pérez, A. M., y Rodríguez, J. M. (2011). Análisis del estado emocional de una unidad del ejército español en zona de operaciones. *Sanidad Militar*, 67(2), 71-77. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/sm/v67n2/articulo1.pdf>
- Peters, E. M. J., Michenko, A., Kupfer, J., Kummer, W., Wiegand, S., Niemeier V. et al. (2014) Mental Stress in Atopic Dermatitis– Neuronal Plasticity and the Cholinergic System Are Affected in Atopic Dermatitis and in Response to Acute Experimental Mental Stress in a Randomized Controlled Pilot Study. *PLoS ONE*, 9, e113552. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113552>
- Pflanz, S. E., y Ogle, A. D. (2006). Job stress, depression, work performance, and perceptions of supervisors in military personnel. *Military Medicine*, 171, 861-865. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sci-hub.tw/pubmed/17036607>

## REFERENCIAS

- Pietrzak, E., Pullman, S., Cotea, C., y Nasveld, P. (2013). Effects of deployment on health behaviours in military forces: A review of longitudinal studies. *Journal of Military and Veterans' Health*. 21(1), 14-23. Recuperado de <http://jmvh.org/article/effects-of-deployment-on-health-behaviours-in-military-forces-a-review-of-longitudinal-studies/>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., y Rosenheck, R. A. (2002). Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposure among US men. *American Journal of Public Health*, 92(1), 59-63. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447389/>
- Popper, K. R. (1961) *The logic of scientific discovery*, Nueva York: Science Editions
- Ramchand, R., Rudavsky, R., Grant, S., Tanielian, T., y Jaycox, L. (2015). Prevalence of, risk factors for, and consequences of posttraumatic stress disorder and other mental health problems in military populations deployed to Iraq and Afghanistan. *Current Psychiatry Reports*, 17(5), 37. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0575-z>
- Real Decreto 944/2001, de 3 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento para la determinación psicofísica del personal de las Fuerzas Armadas (2001). *Boletín oficial del Estado*, 186, 28883-

28907. Recuperado de  
<https://www.boe.es/boe/dias/2001/08/04/pdfs/A28883-28907.pdf>

Renshaw K. D., (2011). An integrated model of risk and protective factors for post-deployment PTSD symptoms in OEF/OIF era combat veterans. *Journal of Affective Disorders*, 128, 321-326.  
<https://doi.org/doi:10.1016/j.jad.2010.07.022>

Ritchie, E. C. (2003). Psychiatric evaluation and treatment central to medicine in the US Military. *Psychiatric Annals*, 33, 710-715.  
<https://doi.org/10.3928/0048-5713-20031101-06>

Rona, R. J., Fear, N. T., Hull, L., Greenberg, N., Earnshaw, M., Hotopf, M., y Wessely, S. (2007). Mental health consequences of overstretch in the UK armed forces: First phase of a cohort study. *British Medicine Journal*, 335, 603.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.39274.585752.BE>

Rowan, A. B., Travis, W. J., Shwalb, D. A., Isler, W. C., Park, J., y Kimura, J. (2015). Postdeployment psychological health and interpersonal problems among Air Force mental health personnel. *Military Psychology*, 27(4), 242-251.  
<https://doi.org/10.1037/mil0000076>

Rozlog, L. A., Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Sheridan, J. F., y Glaser, R. (1999). Stress and immunity: Implications for viral disease and wound healing. *Journal of Periodontology*, 70(7), 786-792. <https://doi.org/10.1902/jop.1999.70.7.786>

## REFERENCIAS

- Rubiano, S. (1912a). *Valor psicosocial de la vida militar en España*. Madrid, España: Imprenta Alemana.
- Rubiano, S. (1912b). *La alineación mental en el ejército español*. Barcelona, España: La Académica.
- Rubiano, S. (1919). Sobre el diagnóstico de la idiotez y de la imbecilidad en el ejército. *Revista de Sanidad Militar*, IX(14), 420-424.
- Russell, M. C., y Figley, C. R. (2017). Do the military's frontline psychiatry/combat operational stress control programs benefit veterans? Part two: Systematic review of the evidence. *Psychological Injury and Law*, 10, 24-71.  
<https://doi.org/10.1007/s12207-016-9279-x>
- Saiz, M., y Saiz, D. (1996). *Personajes para una historia de la psicología en España*. Madrid, España: Pirámide.
- Salgado, J. F. (2018). Transforming the Area under the Normal Curve (AUC) into Cohen's d, Pearson's r pb, Odds-Ratio, and Natural Log Odds-Ratio: Two Conversion Tables. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(1), 35-47.  
<https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a5>
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.  
Recuperado de [www.aepcp.net](http://www.aepcp.net)
- Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del

- Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Sanz-Carrillo, C., García-Campayo, J., Rubio, A., Santed, M., y Montoro, M. (2002). Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3), 167-172. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00275-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00275-6)
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., y Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C., y Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 1-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.005>
- Schultz, A. B., Chen, C. Y., y Edington, D. W. (2009). The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers. *Pharmacoeconomics*, 27(5), 365-378.  
<https://doi.org/10.2165/00019053-200927050-00002>
- Sebastián, O., y Del Hoyo, M. A. (2002). *La carga mental de trabajo*. Madrid, España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Recuperado de:

## REFERENCIAS

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/FONDO%20HISTORICO/DOCUMENTOS%20DIVULGATIVOS/DocDivulgativos/Psicologia/La%20carga%20de%20trabajo%20mental/carga%20mental.pdf>

- Segerstrom, S. C., y Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601-630. <https://dx.doi.org/10.1037%2F0033-2909.130.4.601>
- Seijo, D., Fariña, F., Corras, T., Novo, M., y Arce, R. (2016). Estimating the epidemiology and quantifying the damages of parental separation in children and adolescents. *Frontiers in Psychology*, 7, 1611. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01611>
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., y Alloy, L. B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: The effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 209-223. <https://doi.org/10.1002/jclp.22011>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort / low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1) 27-41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>

- Smith, N. B., Tsai, J., Pietrzak, R. H., Cook, J. M., Hoff, R., y Harpaz-Rotem, I. (2017). Differential predictive value of PTSD symptom clusters for mental health care among Iraq and Afghanistan veterans following PTSD diagnosis. *Psychiatry Research*, 256, 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.005>
- Solomon, Z. (2013). *Combat stress reaction: The enduring toll of war*. New York, NY: Springer Science & Business Media.
- Spielberger, C. D., y Gorsuch, R. L. (1983). *State-trait anxiety inventory for adults: Manual and sample: Manual, instrument and scoring guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *The state-trait anxiety inventory: Test manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M., y First, M. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). History, rationale and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624-629. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>
- Stambor, Z. (2005). First combat psychologist honored-53 years after his service. *Monitor on Psychology*, 36, 88.
- Stearns, A. W., y Schwab, R. S. (1943). Five hundred neuro-psychiatric casualties at a naval hospital. *Journal of the Maine Medical Association*, (34), 81-89. Recuperado de [www.hfes.org/PublicationMaintenance/FeaturedDocuments/27/](http://www.hfes.org/PublicationMaintenance/FeaturedDocuments/27/)

[adolescencehtml.html](#)

- Steptoe, A., y Kivimäki, M. (2013). Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annual Review of Public Health*, 34, 337-354. Recuperado de <http://readinglists.ucl.ac.uk/link?url=http%3A%2F%2Flibproxy.ucl.ac.uk%2Flogin%3Fqurl%3Dhttps%253A%252F%252Fdoi.org%252F10.1146%252Fannurev-publhealth-031912-114452&sig=b04d3f2f384c85c47db9c17659e2f9baa459bcc6529e1f911d18269e32285b32>
- Street, A. E., Vogt, D., y Dutra, L. (2009). A new generation of women veterans: Stressors faced by women deployed to Iraq and Afghanistan. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 685-694 <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.007>
- Stretch, R., Marlowe, D., Wright, K., y Bliese, P. (1996). Post-traumatic stress disorder symptoms among Gulf War veterans. *Military Medicine*, 161, 407-10. <https://doi.org/10.1093/milmed/161.7.407>
- Suls, J., y Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4(3), 249-288. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.249>
- Teh, H. C., Archer, J. A., Chang, W., y Chen, S. A. (2015). Mental Well-Being Mediates the Relationship between Perceived Stress



- and Perceived Health. *Stress and Health*, 3(1), 71-77.  
<https://doi.org/10.1002/smi.2510>
- Tobal, M. J. J., y Cano, A. (1986). *ISRA Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Vaughn-Coaxum, R., Smith, B. N., Iverson, K. M., y Vogt, D. (2015). Family stressors and postdeployment mental health in single versus partnered parents deployed in support of the wars in Afghanistan and Iraq. *Psychological Services*, 12(3), 241-249.  
<http://dx.doi.org/10.1037/ser0000026>
- Vogt, D., Smith, B. N., Fox, A. B., Amoroso, T., Taverna, E., y Schnurr, P. P. (2017). Consequences of PTSD for the work and family quality of life of female and male US Afghanistan and Iraq War veterans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 341-352. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1321-5>
- Vogt, D., Vaughn, R., Glickman, M. E., Schultz, M., Drainoni, M. L., Elwy, R., y Eisen, S. (2011). Gender differences in combat-related stressors and their association with postdeployment mental health in a nationally representative sample of US OEF/OIF veterans. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 797-806. <https://doi.org/10.1037/a0023452>
- Walker, N., y Burkhardt, J. (1965). The combat effectiveness of various human operator controlled systems. *Proceedings of the 17th US Military Operations Research Symposium* (pp. 58-66).
- White, R. S., Jiang, J., Hall, C. B., Katz, M. J., Zimmerman, M. E.,

## REFERENCIAS

- Sliwinski, M., y Lipton, R. B. (2014). Higher perceived stress scale scores are associated with higher pain intensity and pain interference levels in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(12), 2350-2356. <https://doi.org/10.1111/jgs.13135>
- Wiegner, L., Hange, D., Björkelund, C., y Ahlborg, G. (2015). Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care-an observational study. *BMC Family Practice*, 16(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0252-7>
- Willard, V. W., Long, A., y Phipps, S. (2016). Life stress versus traumatic stress: The impact of life events on psychological functioning in children with and without serious illness. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 63-71. <http://dx.doi.org/10.1037%2Ftra0000017>
- Wright, K. M., Thomas, J. L., Adler, A. B., Ness, J. W., Hoge, C. W., y Castro, C. A. (2005). Psychological screening procedures for deploying US Forces. *Military Medicine*, 170(7), 555-562. <https://doi.org/10.7205/MILMED.170.7.555>
- Zarit, S. H., Reeve, K. E., y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

FERNANDO J. RODRÍGUEZ ALONSO

Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington, DC: American Psychological Association.





## **ANEXOS**



## ANEXO 1

### CUESTIONARIO DE DATOS DE IDENTIFICACIÓN

UNIDAD:

MANDO ☐ TROPA ☐

HOMBRE ☐ MUJER ☐

EDAD:

DÍA DE LLEGADA A Z.O.:

1. Estado civil:

☐ Soltero

☐ Con pareja

☐ Casado / Pareja de hecho

☐ Separado / divorciado

☐ Viudo

2. En caso de tener pareja, ¿está trabajando en la actualidad? SI  
NO.

3. Tiene hijos SI NO En caso afirmativo, ¿cuántos?.....

4. Nivel de estudios:

E.G.B/E.S.O. ☐

Bachillerato/C.O.U/ F.P. ☐

Estudios Universitarios o equivalentes ☐

Estudios de posgrado ☐

5. Antigüedad en el Ejército. \_\_\_\_ años

6. ¿Ha participado anteriormente en alguna Misión Internacional?

SÍ NO. En caso afirmativo, ¿en cuántas? \_\_\_\_

7. Desde que está en Zona de operaciones, ¿con qué regularidad practica deporte?

\_\_\_\_ Prácticamente todos los días.

\_\_\_\_ 2 – 3 veces por semana.

\_\_\_\_ Muy ocasionalmente.

\_\_\_\_ Nunca

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO CEP (Sanz-Carillo y García-Sampayo, 2002)

**Instrucciones:** conteste a las 30 cuestiones siguientes según la frecuencia con la que se dan en su vida: se puntúa 1(casi nunca), 2 (a veces), 3 (a menudo), 4 (Casi siempre). En la columna de la izquierda se da una respuesta en general, referida a los dos últimos años de su vida. En la columna de la derecha se da una respuesta reciente, referida al último mes.

EN GENERAL	1 Casi nunca	2 A veces	3 A menudo	4 Casi siempre	ÚLTIMO MES
	Se siente descansado.				
	Siente que le hacen demasiadas peticiones.				
	Está irritable o malhumorado.				
	Tiene demasiadas cosas que hacer.				
	Se siente solo o aislado.				
	Se encuentra sometido a situaciones conflictivas.				
	Siente que está haciendo cosas que realmente le gustan.				
	Se siente cansado.				



	Teme que no pueda alcanzar todas sus metas.	
	Se siente tranquilo.	
	Tiene que tomar demasiadas decisiones.	
	Se siente frustrado.	
	Se siente lleno de energía.	
	Se siente tenso.	
	Sus problemas parecen multiplicarse.	
	Siente que tiene prisa.	
	Se siente seguro y protegido.	
	Tiene muchas preocupaciones.	
	Está bajo la presión de otras personas.	
	Se siente desanimado.	
	Se divierte.	
	Tiene miedo al futuro.	
	Siente que hace cosas por obligación, no porque quiera hacerlas.	
	Se siente criticado o juzgado.	
	Se siente alegre.	
	Se siente agotado mentalmente.	
	Tiene problemas para relajarse.	

	Se siente agobiado por la responsabilidad	
	Tiene tiempo suficiente para usted.	
	Se siente presionado por los plazos de tiempo.	



### ANEXO 3

#### CUESTIONARIO SCL 90-R

(Derogatis, 2002)

Exponemos a continuación una lista de problemas de molestias que la gente experimenta algunas veces. Léalo con atención. Ponga un número que según la codificación mejor describa cuánto le ha afectado o aquejado ese problema durante la **semana pasada** incluyendo el día de hoy. Conteste utilizando la siguiente escala: 0=Nada; 1=Poco; 2=Regular; 3=Mucho; 4=Extremo

1.- Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2.- Nerviosismo o agitación interior.	0	1	2	3	4
3.- Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no abandonan su mente.	0	1	2	3	4
4.- Desmayos o mareos.	0	1	2	3	4
5.- Pérdida del interés o del placer sexual.	0	1	2	3	4
6.- Sentirse crítico respecto de los demás.	0	1	2	3	4
7.- La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.	0	1	2	3	4
8.- El sentimiento de que los demás son los culpables de los problemas de usted.	0	1	2	3	4
9.- La dificultad de recordar las cosas.	0	1	2	3	4
10.- La preocupación por del desorden o descuido.	0	1	2	3	4
11.- Facilidad de ser irritado o enojado.	0	1	2	3	4
12.- Dolores de pecho o corazón.	0	1	2	3	4
13.- Sentimiento de miedo en la calle o en espacios abiertos.	0	1	2	3	4
14.- Sentirse bajo de energía y sin ímpetu.	0	1	2	3	4
15.- Ideas de suicidio	0	1	2	3	4
16.- Oír voces que otras personas no oyen.	0	1	2	3	4
17.- Temblores.	0	1	2	3	4
18.- Sentimientos de desconfianza hacia los demás.	0	1	2	3	4
19.- Tener poco apetito.	0	1	2	3	4
20.- Llorar fácilmente.	0	1	2	3	4

21.- Sentimiento de timidez o incomodidad con el sexo opuesto.	0	1	2	3	4
22.- Sentimiento de encontrarse atrapado.	0	1	2	3	4
23.- Miedos repentinos o inmotivados.	0	1	2	3	4
24.- Expresiones de ira que no puede controlar.	0	1	2	3	4
25.- Sentimientos de miedo a salir solo de casa.	0	1	2	3	4
26.- Acusarse Ud. mismo de algunas cosas.	0	1	2	3	4
27.- Dolores en la parte baja de la espalda.	0	1	2	3	4
28.- Sentirse bloqueado para acabar cosas.	0	1	2	3	4
29.- Sentimientos de soledad.	0	1	2	3	4
30.- Sentimientos de tristeza.	0	1	2	3	4
31.- Preocupación excesiva por las cosas.	0	1	2	3	4
32.- Desinterés por las cosas.	0	1	2	3	4
33.- Sentirse temeroso.	0	1	2	3	4
34.- Un exceso de facilidad para sentir heridos sus sentimientos.	0	1	2	3	4
35.- La impresión de que los demás están enterados de sus pensamientos íntimos.	0	1	2	3	4
36.- El sentimiento de que los demás no le entienden o son antipáticos.	0	1	2	3	4
37.- El sentimiento de que la gente no es amistosa o que usted no les agrada.	0	1	2	3	4
38.- Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que están bien hechas.	0	1	2	3	4
39.- Palpitaciones y aceleramientos del ritmo cardíaco.	0	1	2	3	4
40.- Náuseas o trastornos estomacales.	0	1	2	3	4
41.- Sentimientos de inferioridad.	0	1	2	3	4
42.- Dolores musculares.	0	1	2	3	4
43.- Sensaciones de ser vigilado o criticado por los demás.	0	1	2	3	4
44.- Dificultad de conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
45.- Tener que comprobar una y otra vez las cosas que hace.	0	1	2	3	4

46.- La dificultad de tomar decisiones.	0	1	2	3	4
47.- Sentimientos de miedo a viajar en autobús, metro o tren.	0	1	2	3	4
48.- Dificultades para respirar.	0	1	2	3	4
49.- Intervalos de calor o frío.	0	1	2	3	4
50.- Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan.	0	1	2	3	4
51.- Quedarse con la mente en blanco.	0	1	2	3	4
52.- Adormecimiento u hormigueo en algunas partes del cuerpo.	0	1	2	3	4
53.- Sentir un nudo en la garganta.	0	1	2	3	4
54.- Pesimismo ante el futuro.	0	1	2	3	4
55.- Dificultad en concentrarse.	0	1	2	3	4
56.- Sentimientos de debilidad en algunas partes del cuerpo.	0	1	2	3	4
57.- Sentirse tenso.	0	1	2	3	4
58.- Sentimientos de pesadez en los brazos y piernas.	0	1	2	3	4
59.- Pensamientos sobre su muerte.	0	1	2	3	4
60.- Comer demasiado.	0	1	2	3	4
61.- Sentimiento de inquietud cuando la gente le observa o habla de usted.	0	1	2	3	4
62. Tener pensamientos que le parecen como si no fueran suyos.	0	1	2	3	4
63.- Impulsos de golpear, herir o dañar a alguien.	0	1	2	3	4
64.- Despertarse de madrugada.	0	1	2	3	4
65.- Necesidad de repetir las misma acciones, tales como tocar, lavar, contar, etc.	0	1	2	3	4
66.- Sueño inquieto o perturbado.	0	1	2	3	4
67.- Tener ganas de romper o estrellar algo.	0	1	2	3	4
68.- Tener pensamientos o creencias que los demás no comparten.	0	1	2	3	4
69.- La sensación de que la gente se fija en exceso en usted.	0	1	2	3	4

70.- Sentirse inquieto entre las multitudes, por ejemplo en las tiendas o en el cine.	0	1	2	3	4
71.- Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.	0	1	2	3	4
72.- Momentos de terror o pánico.	0	1	2	3	4
73.- Sentirse incómodo al comer y beber en público.	0	1	2	3	4
74.- Discutir constantemente.	0	1	2	3	4
75.- Sentirse nervioso cuando le dejan solo.	0	1	2	3	4
76.- Sentir que los demás no valoran los aciertos de Ud., adecuadamente.	0	1	2	3	4
77.- Sentirse solo, incluso cuando está acompañado.	0	1	2	3	4
78.- Sentirse tan inquieto que no puede estar ni sentado.	0	1	2	3	4
79.- Sentimientos de inutilidad.	0	1	2	3	4
80.- Sentir que algo malo va a ocurrir.	0	1	2	3	4
81.- Momentos de necesidad de gritar o tirar objetos.	0	1	2	3	4
82.- Sentir miedo de desmayarse en público.	0	1	2	3	4
83.- Sentimientos de que los demás se aprovecharan de Ud. si los deja.	0	1	2	3	4
84.- Tener pensamientos sexuales que le molestan mucho.	0	1	2	3	4
85.- La idea de que debería ser castigado por sus pecados.	0	1	2	3	4
86.- Pensamientos e imágenes de algo espantoso.	0	1	2	3	4
87.- La idea de que su cuerpo padece algo grave.	0	1	2	3	4
88.- La incapacidad de sentirse cercano a otra persona.	0	1	2	3	4
89.- Sentimientos de culpabilidad.	0	1	2	3	4
90.- La idea de que algo anda mal en su mente.	0	1	2	3	4

**ANEXO 4**  
**CUESTIONARIO CRI-A**  
**(Moos, 1993).**

Este cuestionario contiene preguntas sobre cómo se enfrenta a los problemas que ocurren en su vida. Por favor, piense sobre el problema más importante que haya pasado en los últimos doce meses (por ejemplo: problemas con un pariente y amigo, la enfermedad o muerte de un pariente o amigo, un accidente, una enfermedad, problemas económicos o en el trabajo...)

Brevemente describa el problema en el espacio que hay previsto a continuación. Si no tiene experiencia en un gran problema, relate un problema menor al que se haya tenido que enfrentar.

Descripción del problema:

---



---



---



---



---

Lea cada pregunta detenidamente e indica con qué frecuencia usted reacción de esa forma en relación con el problema descrito.

- Marque con una aspa “N” si su respuesta es NO, Nunca.
- Marque con una aspa “CN” si su respuesta es SÍ, Casi nunca.
- Marque con una aspa “AM” si su respuesta es SÍ, A menudo.
- Marque con una aspa “S” si su respuesta es SÍ, Siempre.

1. ¿Pensó diferentes maneras de resolver el problema?	N	CN	AM	S
2. ¿Se decía cosas a usted mismo para sentirse mejor?	N	CN	AM	S
3. ¿Habló con su pareja y otros familiares sobre el problema?	N	CN	AM	S

4. ¿Hizo un plan de acción y lo siguió?	N	CN	AM	S
5. ¿Intentó olvidar todo el problema?	N	CN	AM	S
6. ¿Sentía que el tiempo cambiaría las cosas y lo único que tenía que hacer era esperar?	N	CN	AM	S
7. ¿Intentó ayudar a otros a solucionar un problema similar?	N	CN	AM	S
8. ¿Se enfadó con otras personas cuándo se sentía triste o deprimido?	N	CN	AM	S
9. ¿Intentó alejarse de la situación para ser más objetivo?	N	CN	AM	S
10. ¿Se recordaba a sí mismo cómo podían empeorar las cosas?	N	CN	AM	S
11. ¿Habló con algún amigo sobre el problema?	N	CN	AM	S
12. ¿Sabía lo que había que hacer e intentó solucionar las cosas?	N	CN	AM	S
13. ¿Intentó no pensar en el problema?	N	CN	AM	S
14. ¿Se daba cuenta de que no tenía control sobre el problema?	N	CN	AM	S
15. ¿Se involucró en nuevas actividades?	N	CN	AM	S
16. ¿Se aventuró e hizo algo arriesgado?	N	CN	AM	S



17. ¿Pensó en lo que podría hacer o decir?	N	CN	AM	S
18. ¿Intentó ver el lado bueno de la situación?	N	CN	AM	S
19. ¿Habló con un profesional? (médico, psicólogo, cura...)	N	CN	AM	S
20. ¿Decidió lo que quería hacer e intentó realmente conseguirlo?	N	CN	AM	S
21. ¿Soñaba e imaginaba lugares mejores que en el que estaba?	N	CN	AM	S
22. ¿Pensó que al final sería la suerte o el destino el que decidiría al final el resultado?	N	CN	AM	S
23. ¿Intentó hacer nuevos amigos?	N	CN	AM	S
24. En general, ¿se mantuvo alejado de la gente?	N	CN	AM	S
25. ¿Intentó anticipar cómo saldrían las cosas?	N	CN	AM	S
26. ¿Pensaba que estaba mucho mejor que otras personas con problemas similares?	N	CN	AM	S
27. ¿Buscó ayuda en personas o grupos con el mismo tipo de problema?	N	CN	AM	S
28. ¿Intentó al menos dos maneras diferentes de resolver el problema?	N	CN	AM	S

29. ¿Trató de no pensar en la situación aunque sabía que lo tendría que hacer en algún momento?	N	CN	AM	S
30. ¿Lo aceptó, no podía hacer nada?	N	CN	AM	S
31. ¿Leía con más frecuencia de lo habitual para distraerse?	N	CN	AM	S
32. ¿Gritó para liberar tensión?	N	CN	AM	S
33. ¿Intentó encontrar algún significado personal a la situación?	N	CN	AM	S
34. ¿Intentó convencerse de que las cosas podrían ir mejor?	N	CN	AM	S
35. ¿Intentó ir más allá de la situación?	N	CN	AM	S
36. ¿Intentó aprender a hacer cosas nuevas por sí mismo?	N	CN	AM	S
37. ¿Deseó que el problema se solucionase o que de alguna manera aprendiera a vivir con él?	N	CN	AM	S
38. ¿Esperaba el peor resultado posible?	N	CN	AM	S
39. ¿Pasaba más tiempo del habitual en actividades recreativas?	N	CN	AM	S
40. ¿Lloró para descargar sus sentimientos?	N	CN	AM	S

41. ¿Intentó anticipar las nuevas preguntas que le podían surgir?	N	CN	AM	S
42. ¿Pensó sobre cómo ese acontecimiento podría cambiar su vida en una nueva dirección?	N	CN	AM	S
43. ¿Rezó con devoción e intensidad?	N	CN	AM	S
44. ¿Se enfrentó al problema globalmente aunque fuera paso a paso?	N	CN	AM	S
45. ¿Intentó negar la gravedad del problema?	N	CN	AM	S
46. ¿Perdió la esperanza de que las cosas volvieran a ser igual que antes?	N	CN	AM	S
47. ¿Acudió al trabajo o a otras actividades que le ayudaron a enfrentarse al problema?	N	CN	AM	S
48. ¿Hizo algo que pensaba que no valía de nada, pero al menos estaba haciendo algo?	N	CN	AM	S



